EU IPA IV Razvoj ljudskih potencijala

Projekt „ Započnimo edukaciju sada kako bismo povećali opću odgovornost za skrb o starijim osobama“



Slavka Galić, Nada Tomasović Mrčela i sur.

Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba - psihologije starenja

Medicinska škola Osijek, 2013.

NAKLADNIK
Medicinska škola Osijek

ZA NAKLADNIKA
Doc.dr.sc. Nada Prlić

UREDNICA:
Doc.dr.sc. Nada Prlić

AUTORICE
Doc.dr.sc. Slavka Galić, Psihologija starenja
Dr.sc. Nada Tomasović Mrčela, Gerijatrija i gerontologija

Ivana Barać, prof.
Jelena Čizmar, bacc.med.techn.
Sanja Dravinski, bacc.med.techn.
Ljiljana Eršek, bacc.med.techn.
Zdenka Kesl, bacc.med.techn.
Maja Kljaić, bacc.med.techn.
Jadranka Marušić, bacc.med.techn.
Jadranka Plužarić, bacc.med.techn.
Svjetlana Reljanović, bacc.med.techn.
Vera Rogina, bacc.med.techn.
Silvija Stojić, bacc.med.techn.
Antonija Uršić, bacc.med.techn.
Jasenka Vujanić, mag.med.techn., Prikazi slučajeva osoba starije životne dobi

LEKTORICE
Đurđica Radić, prof.
Marina Pilj Tomić, prof.

NASLOVNICA
Eugen Pandža, učenik
Tea Omerbašić, učenica

GRAFIČKA PRIPREMA
Damir Miler, prof.

DVD
20 primjeraka

Ovaj projekt financira Europska unija

ISBN 978-953-97321-5-6
CIP zapis dostupan u računalnom katalogu Gradske i sveučilišne knjižnice Osijek pod brojem 130714002

EU IPA IV Razvoj ljudskih potencijala

Projekt „ Započnimo edukaciju sada kako bismo povećali opću odgovornost za skrb o starijim osobama“

Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba - psihologije starenja

SADRŽAJ

I. cjelina Psihologija starenja Doc.dr.sc. Slavka Galić

2. cjelina Gerijatrija i ge rontologija Dr. sc. Nada Tomasović Mrčela

III. cjelina Prikazi slučajeva osoba starije životne dobi

I. cjelina Doc. dr. sc. Slavka Galić

1. PSIHOLOGIJA STARENJA: DEFINICIJE PODRUČJA, CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Cilj: upoznati područje i ciljeve psihologije starenja kao dijela psihologije cjeloživotnog razvoja, specifičnosti istraživanja u području psihologije starenja i aktualne teorije starenja

Tijek: grupna rasprava prije predavanja vezana uz sljedeći zadatak, s ciljem uočavanja velikih idividualnih razlika u starenju:

Sjetite se nekih starih osoba koje dobro poznajete i pokušajte odgovoriti na pitanja:

- Što se događa ljudima u kretanju kroz vrijeme?
- Postaju li ljudi tijekom vremena zadovoljniji?
- Što je s aktivnošću?
- Postaju li socijalno vještiji?
- Podnose li lakše stres i doživljavaju li manju količinu stresa?

1.1. Definicija područja psihologije starenja, starenje i starost

1.1.1. Što je psihologija starenja?

Psihologija starenja je dio razvojne psihologije ili psihologije cjeloživotnog razvoja, bavi se **proučavanjem psihičkih promjena u funkciji dobi.**

Desetljećima se smatralo da se promjene povezane s dobi događaju u djetinjstvu i adolescenciji i da, jednom kada je ličnost formirana, odnosno kada "odrastemo", promjene nisu vjerojatne, osim u slučajevima pojave kroničnih bolesti. Djetinjstvo je smatrano razdobljem naglih promjena, odnosno, razvoja, odrasla dob se smatrala razdobljem stagnacije, a starost je uglavnom povezivana s razdobljem smanjenja i opadanja tjelesnih i psihičkih funkcija. Dugo se vremena nije posvećivala nikakva pozornost razlikama između promjena u funkcijama i ponašanju koje se javljaju kao posljedica normalnog starenja i onih koje su posljedica kroničnih bolesti.

Najbolji primjer pristupa u razvojnoj psihologiji koji naglašava važnost ranih godina u životu čovjeka jest **psihoanalitička paradigma** koja razvoj čovjeka promatra kroz faze koje se odvijaju tijekom djetinjstva i završavaju s adolescencijom. Ponašanje odraslog čovjeka, prema ovoj paradigmi, najbolje se objašnjavaju iskustvima koja je osoba prošla u ranom djetinjstvu.

Iako je nedvojbena važnost ranog djetinjstva u razvoju ličnosti i određivanju kasnijih obrazaca ponašanja, ipak istraživanja jasno pokazuju da se **ne smije zanemariti uloga događaja u odrasloj dobi pa i starosti, oni mogu bitno utjecati na promjenu ponašanja neke osobe**.

Razvoj je **cjeloživotni, višedimenzionalni i višesmjerni, fleksibilni** proces, pod utjecajem je bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Obilježen je rastom i opadanjem, a pod utjecajem novih iskustava može se promijeniti. Osim toga, razvoj je pod utjecajem različitih **konteksta** koji djeluju u interakciji, a povezani su s utjecajem dobi, povijesnih događaja i nenormativnih događaja, koji djeluju na određenu osobu.

Važna činjenica, koja je značajno povećala zanimanje za istraživanje promjena koje se zbivaju tijekom starenja, je produžavanje životnog vijeka i sve veći udio starijih ljudi u ukupnom stanovništvu. Prve studije s područja psihologije starenja objavljene su dvadesetih godina 20. Stoljeća. Značajan porast istraživanja ovoga područja zabilježen je tek u drugoj polovini 20. stoljeća. Tako Schaie i Willis (2001.) navode da se broj psiholoških publikacija s područja starenja povećao za 270% u razdoblju od 1968. do 1979. godine.

1.1.2. Što proučava psihologija starenja?

Psihologija starenja proučava **promjene koje se sa starenjem pojavljuju** u kognitivnim i izvršnim funkcijama, emocijama i motivaciji te u socijalnim odnosima.

1.1.3. Psihologija starenja i gerontologija

Gerontologija je interdisciplinarna znanost usmjerena na proučavanje promjena tijekom starenja (od zrelosti do starosti), odnosno proučavanjem starijih osoba kao posebne populacije. Jedna od disciplina koja je sadržana u gerontologiji jest i psihologija starenja.

1.1.4. Ciljevi psihologije starenja su:

- objasniti zakonitosti procesa starenja
- razviti primjerene istraživačke metode za proučavanje procesa starenja i starosti
- primijeniti znanja o starenju i starosti u sprečavanju i umanjivanju nepovoljnih učinaka starenja odnosno u poboljšanju kvalitete života u starosti

1.1.5. Starenje i starost

Potrebno je razlikovati pojmove starenja i starosti.

Starenje je proces tijekom kojeg se događaju promjene u funkciji dobi.

Postoje tri aspekta starenja (biološki, psihološki i socijalni) koja su blisko povezana, ali nisu nužno podudarna. Nema odgovora na pitanje zbog čega starimo pa su i definicije ovoga pojma razmjerno rijetke i nema jedne općeprihvaćene.

Handler (1960.) navodi da je **starenje propadanje zrelog organizma kao posljedica promjena, vremenski ovisnih i uglavnom nepovratnih, koje su prirođene svim članovima neke vrste, tako da, s prolaskom vremena, oni mogu postajati sve nesposobniji suočiti se s okolinskim stresom i tako povećavaju vjerojatnost smrti** (prema Schaie i Willis, 2001.).

Ova je definicija prihvatljiva ako se na starenje gleda iz biološke perspective, no ona ne zahvaća psihološke promjene koje se zbivaju tijekom starenja. Naime, ovakvo određenje starenja usmjereno je na gubitke koje doživljavamo tijekom dobi, a zanemaruje psihološke dobitke kojih, na sreću, ima i u starosti (npr. mudrost) i individualne razlike u početku i tijeku starenja.

Birren (1988., prema Schaie i Willis, 2001.) navodi da se **starenje odnosi na pravilne ili redovite promjene reprezentativnih organizama u reprezentativnoj okolini koje se zbivaju s protokom vremena.**

Yates (1996., prema Despot Lučanin, 2011.) navodi da je **starenje svaka vremenski ovisna promjena nekog objekta ili sustava.**

Često starenje poistovjećujemo s kronološkom dobi, što nije sasvim opravdano jer postoje velike razlike među ljudima, a i kod iste osobe, s obzirom na različite aspekte starenja. Vrijeme početka starenja nije moguće precizno odrediti; osim toga, biološko, psihološko i socijalno starenje ne moraju početi u istoj vremenskoj točci.

Starost je posljednje razvojno razdoblje u životnom vijeku koje se može definirati prema kronološkoj dobi, socijalnim ulogama ili prema funkcionalnom statusu.

U razvojnoj psihologiji ovo se razdoblje često označava kao **kasna odrasla dob**. Određenja prema kronološkoj dobi uobičajeno navode donju granicu od 60 ili 65 godina za ovu dob. Ovo je dob promjene socijalnih uloga (npr. umirovljenje) a u pogledu funkcionalnog statusa postoje velike individualne razlike. Uobičajeno je da se uz ovo razdoblje ljudskog života povezuje smanjena tjelesna snaga i slabije zdravlje. Međutim, treba imati na umu **velike individualne razlike** među osobama u kasnoj odrasloj dobi. Ove se razlike mogu uočiti u stupnju zadovoljstva životom, kvaliteti života, aktivnosti, socijalnoj uključenosti i razini doživljenog stresa.

1.2. Metodološki pristupi u istraživanju starenja

Tijek: na početku rasprava sa sudionicima o utjecaju prirode i odgoja na psihički razvoj čovjeka kako bi se uočila važnost i prirode i odgoja u razvoju čovjeka

1.2.1. Pristupi u proučavanju psihičkog razvoja

U proučavanju psihičkog razvoja mogu se generalno razlikovati tri pristupa:

a) organizmički pristup koji naglašava da se razvoj odvija spontano prema **genetskom** programu, kroz slijed vremenski unaprijed određenih **stadija koji vrijede za sve** (tako npr. psihoanalitički orijentirani istraživači vide razvoj kroz uvijek isti slijed stadija: oralni, analni, falusni stadij, iza kojeg slijedi stadij latencije i na kraju genitalni stadij koji se poklapa s adolescencijom).

b) mehanicistički pristup koji naglašava da se razvoj pojedinca odvija **pasivno**, prihvaćanjem utjecaja okoline odnosno stjecanjem iskustva (npr. biheviorale teorije).

c) kontekstualni pristup koji razvoj pojedinca vidi kao **produkt složenih interakcija između biološke tj. genetske prirode pojedinca** i raznih razina utjecaja okoline u **nekom određenom povijesnom razdoblju** (npr. novije dijalektičke razvojne teorije, pristup cjeloživotnog razvoja).

U okviru različitih pristupa psihičkom razvoju naglasak je manje ili više stavljen na utjecaj **prirode i odgoja**, ali važno je spomenuti da većina teorija naglašava da su važni i priroda i odgoj. Tako, na primjer, psihoanalitički usmjereni istraživači naglašavaju da se urođeni impulsi (dakle, biološka datost) usmjeravaju i kontroliraju putem odgoja. Pristupi osnovani na etiologiji i evolucijskoj psihologiji ističu da je ponašanje pod utjecajem evolucije i nasljeđa ali učenje je važno zbog toga što mu daje veću fleksibilnost i prilagodljivost. Čak i bihevioristički pristup u kojem je veći naglasak stavljen na učenje priznaje ulogu bioloških faktora.

Pristup cjeloživotnog razvoja naglašava da se u svim razvojnim razdobljima događaju dobici i gubici te stupnjevita pojava novih vještina, a ovi su procesi pod utjecajem kombinacije bioloških i okolinskih utjecaja i važna su iskustva tijekom cijelog života.

1.2.2. Temeljne varijable u istraživanju starenja

S obzirom na to da je razvoj ukopljen u višestruke kontekste u istraživanjima starenja nužno je voditi računa o varijablama kao što su:

- **dob**
- **generacija sudionika** (zbog utjecaja čimbenika jedinstvenih za određeno povijesno razdoblje koji dovode do razlika među generacijama) i
- **okolinski (nenormativni) utjecaji** koji su specifični za pojedinca ili mali broj ljudi (npr. bolest, kasni ulazak u brak i sl.).

1.2.3. Nacrti u istraživanju razvoja (starenja)

Tijek:

Na početku vježba sa sudionicima usmjerena na prepoznavanje problema vezanih uz istraživanja na području psihologije starenja:

Želite istražiti promjene pamćenja koje se događaju tijekom starenja. (Dati sudionicima mogućnost da kreiraju vlastiti plana istraživanja).

Nakon toga rasprava o pitanjima: Primijenit ćete neki od testova pamćenja i usporediti rezultate ovih testova s onima koje postižu osobe mlađe dobi. Je li ovo dovoljno za zaključak da su npr. lošiji rezultati starih osoba posljedica promjena tijekom starenja ili ćete morati razmisliti o nekim drugim varijablama. Što je npr. s razlikama među mlađim i starijim sudionicima vezanim uz obrazovanje, okolinu iz koje dolaze? Hoćete li na osnovi ovakvih nalaza moći nešto doznati o razini pamćenja stare osobe prije nego je ostarjela?

U istraživanjima razvoja koriste **se transverzalni i longitudinalni** istraživački pristupi od kojih svaki ima neke prednosti i nedostatke (tablica 1).

Tablica 1. Longitudinalni i transverzalni istraživački nacrti

	Transverzalni istraživački nacrt	Longitudinalni istraživački nacrt
Način izvođenja	**istovremeno** se proučava nekoliko dobnih skupina	**prati** se dobna skupina **istih ispitanika** kroz određeno vrijeme, ponavljajući mjerenja nakon određenog broja godina
Što dobivamo?	**dobne razlike**, tj. razlike u pojedinim obilježjima koje nalazimo kad u istom vremenu mjerenja uspoređujemo prosječne vrijednosti dvije ili više skupina ispitanika različite životne dobi	**dobne promjene**, tj. promjene u funkciji dobi, odnosno starenja, u pojedinim obilježjima ispitanika koje nalazimo kad istog ispitanika ispitujemo više puta u nekoliko uzastopnih vremena mjerenja
Prednosti	**kratkotrajnost, mali troškovi**	uvid u **individualne promjene tijekom vremena** i **razlike u starenju** između pojedinaca
Nedostaci	**nemogućnost odvajanja dobnih učinaka od generacijskih učinaka**	**dugotrajnost, osipanje sudionika, skupoća**, **zastarijevanje** instrumenata, rezultati dobiveni u jednoj generaciji ne moraju vrijediti za ljude koji se razvijaju u neko drugo vrijeme

Kako bi se prevladalo ograničenja longitudinalnih i transverzalnih nacrta, istraživači su razvili različite nacrte koji **kombiniraju ova dva pristupa.**

Studije s pristupom vremenske zadrške (time-lag) proučavaju **skupinu osoba iste dobi u različitom vremenu** kako bi se utvrdile generacijske razlike, npr. razlikuju li se 75-godišnjaci danas i prije 20 godina. Ovakav nacrt omogućuje stjecanje uvida u **utjecaj društveno-povijesnih i kulturnih promjena** u određenom trenutku starenja, ali su ovakva istraživanja dugotrajna, skupa i **nemoguće je odvojiti učinak vremena od generacijskih učinaka**. Naime, moguće je da je došlo do nekih socijalnih promjena koje su mogle utjecati na funkcionalno stanje današnje generacije (npr. svijest o potrebi za kretanjem, zdravijom hranom i sl.).

Sekvencionalni nacrti ili nacrti slijeda razvijeni su zbog nedostataka transverzalnih i longitudinalnih istraživanja te nacrta koji uključuju vremensku zadršku. Radi se o **kombinaciji transverzalnih i longitudinalnih istraživanja** koji omogućavaju bolju kontrolu učinaka dobi, generacije i vremena mjerenja. Zajedničko za ove nacrte jest da se **više dobnih skupina prati tijekom više godina** što omogućuje da se utvrde učinci generacije i da se izvrše longitudinalne i transverzalne usporedbe.. Međutim, radi se o složenim nacrtima, koji zahtijevaju dosta vremena i sredstava pa ih je razmjerno malo.

Schaie i Willis, (1991., prema Schaie i Willis, 2001.) opisuju **“najučinkovitiji nacrt” za proučavanje starenja** koji predstavlja kombinaciju transverzalnih i longitudinalnih sekvenci, koje se odvijaju na sustavan način. Započinje se transverzalnim istraživanjem koje uključuje nekoliko različitih dobnih skupina, a nakon nekoliko godina ispituje ih se ponovo (longitudinalno) i istovremeno se ispituje nekoliko novih dobnih skupina (nova transverzalna sekvenca). Ovo se može ponavljati nekoliko puta. Iz ove kombinacije longitudinalnih i transverzalnih sekvenci može se usporediti dvije ili više generacijskih skupina u dvije ili više dobi (generacijski slijed), dvije ili više dobnih skupina u dva ili više vremena mjerenja (poprečni slijed) i dvije ili više dobi u dva ili više vremena mjerenja (vremenski slijed).

Rezultati različitih longitudinalnih studija u svijetu pokazuju **stabilnost u ponašanju ljudi tijekom vremena** te da razlike u starenju među pojedincima pokazuju veću povezanost sa socioekonomskim statusom, obrazovanjem, zdravljem i okolinskim poticajima nego s kronološkom dobi pojedinca (što otvara pitanje opravdanosti definicije starosti prema kronološkoj dobi).

Jasno je, međutim, da nije moguće generalizirati rezultate dobivene u jednoj sredini na ostale socijalne sredine.

1.2. 4. Problemi pri psihološkom ispitivanju starijih ljudi

Pri psihološkom ispitivanju starijih ljudi moraju se uzeti u obzir neki problemi. Kada se radi o longitudinalnim istraživanjima svakako se mora računati s osipanjem sudionika tijekom vremena, pa je nužno ispitivanje započeti s jako velikim brojem sudionika.

Također treba voditi računa o stanju **tjelesnog zdravlja** (mnogi stari ljudi imaju zdravstvene probleme), **psihičkom i kognitivnom funkcioniranju**, **stresnim događajima i načinima suočavanja, sustavu socijalne podrške, sposobnosti dnevnog života i prilagodbenim sposobnostima**. Preporučljivo je utvrditi početno stanje starije osobe, zatim primijeniti multidimenzionalno mjerenje i pokušati prikupiti podatke o stanju klijenta u ranijoj dobi kako bi se znalo koje promjene treba pripisati starosti ili eventualnoj bolesti.

Tijekom psiholoških ispitivanja starijih osoba treba voditi računa o znacima **umora** koji mogu djelovati na rezultate ispitivanja. U slučajevima kada se pojave znaci umora i iscrpljenosti ispitivanje treba prekinuti. Treba uzeti u obzir i da neki jezični izrazi nemaju isti smisao u različitim generacijama. U odabiru pitanja treba izbjeći ona koja bi starija osoba mogla doživjeti kao podsjećanje na vlastitu nesposobnost ili kao djetinjasta.

1.3. Teorije starenja

Teorije starenja mogu se svrstati u tri skupine:

- **biološke**
- **sociološke**
- **psihološke**

U skupini **bioloških** su teorije koje naglašavaju da je starenje ugrađeno u genetski sustav, odnosno da postoji **genetski određen “plan” starenja** (promjena u opadanju različitih funkcija organizma) koji se aktivira nakon reproduktivne zrelosti, ali **varijable iz okoline** ga mogu modificirati (genetika ipak određuje maksimum). Među biološkim teorijama su i one koje naglašavaju da je starenje rezultat akumuliranih oštećenja koja uzrokuju slučajni događaji iz svakodnevnog života, a mogu biti izazvani unutarnjim ili vanjskim faktorima (npr. bolesti, ozljede, štetne tvari).

Sociološke teorije objašnjavaju promjene u odnosu pojedinca i društva do kojih dolazi u procesu starenja (promjene u socijalnim aktivnostima, promjene socijalnih interakcija i socijalnih uloga u funkciji starenja) kao i utjecaj društva i kulture na starenje pojedinca i utjecaje starenja pojedinaca na društvo.

1.3. 1. Psihološke teorije starenja

Jedinstvene, široko prihvaćene, integrativne teorije u psihologiji starenja koja bi odgovorila na pitanja o organizaciji i dezorganizaciji ponašanja tijekom ljudskog vijeka nema što se može razumjeti s obzirom da starenje predstavlja izrazito složen fenomen. Tridesetih godina prošlog stoljeća počele su se javljati prve znanstveno utemeljene psihološke teorije starenja.

Tako Charlotte Bühler (prema Despot Lučanin, 2011.) u svojoj **teoriji tijeka ljudskog života** uspoređuje psihički razvoj s biološkim tijekom života, koji podrazumijeva općenito opadanje u starosti, što danas nije prihvaćeno.

Sa starenjem se mogu zbivati promjene koje predstavljaju dobitak a ne gubitak - ovu tvrdnju naglašavao je već Carl Gustav Jung koji je razdoblje nakon 40. godine smatrao periodom života u kojem se osoba počinje okretati sama sebi, postaje svjesnija sebe i traži cilj, smisao i cjelovitost vlastitog života.

Robert Havighurst pedesetih godina 20. stoljeća u **modelu razvojnih zadatka** opisuje razvojne zadatke starosti kao *prihvaćanje gubitaka* te *uspostavljanje zadovoljavajućih uvjeta života u tim okolnostima. U dobi od* 60 i više godina od osobe se zahtijeva: prilagodba na **smanjenu tjelesnu snagu,** prilagodba na **umirovljenje i smanjeni prihod,** prilagodba na **smrt supružnika,** uspostavljanje **jasne pripadnosti vlastitoj dobnoj skupini,** ispunjavanje **socijalnih i građanskih obveza,** uspostavljanje **zadovoljavajućih uvjeta života.**

Erik Erikson (prema Berk, 2008.) koji je ponudio **teoriju cjeloživotnog razvoja**, ljudski razvoj vidi kroz osam stadija od kojih je svaki obilježen izazovom ili krizom. Razrješenje krize iz ranijih stadija utječe na to kako će se osoba nositi sa svakom sljedećom fazom (ako se ranija kriza nije razriješila na odgovarajući način, poremećeno je rješevanje idućih). Prema Eriksonu, **u starosti se razmišlja o ostvarenim ciljevima**, a **integritet** proizlazi iz osjećaja da je vrijedilo proživjeti život kakav je bio. Osoba s doživljajem integriteta imat će manje straha od starosti i smrti. S druge strane su ljudi nezadovoljni svojim životom i neostvarenim ciljevima što ih vodi **očaju**, neprihvaćanju vlastite starosti i smrtnosti.

2. STAVOVI I PREDRASUDE O STARIJIM LJUDIMA

Cilj: Razumjeti stavove društva i svoje vlastite stavove prema starijim ljudima

Tijek: Početi s vježbom u kojoj se od sudionika traži da navedu po dvije pozitivne, negativne i neutralne asocijacije vezane uz starije ljude i starost. Rasprava vezana uz asocijacije

Dati sudionicima da procijene točnost/netočnost tvrdnji povezanih s uobičajenim vjerovanjima vezanim uz odraslu dob i starenje.

2.1. Uobičajena vjerovanja vezana uz odraslu dob i starenje

Tablica 2.1. Uobičajena vjerovanja vezana uz odraslu dob i starenje (Schaie i Willis 2000.).

Red. br.	TVRDNJA	T	DT	N
1.	Mladi, zaneseni ljudi kreativniji su od starih ljudi.		x	
1.	Većina žena za vrijeme menopauze doživljava jake tjelesne simptome			x
2.	Česta je posljedica menopauze slom živaca.			x
3.	Većina odrasle djece ne može dočekati otpraviti svoje ostarjele roditelje u neku vrstu doma.			x
4.	Svi muškarci doživljavaju krizu srednje dobi			X
5.	Većina ljudi iznad 65 godina nema financijsku sigurnost			x
6.	Većina je ljudi iznad 75 godina u domovima za stare ili u drugim ustanovama			x
7.	Iznad 65 godina rijetko se stvori veliko umjetničko ili znanstveno djelo ili učini pomak u naobrazbi			x
8.	Uspoređivanje mlađih i starijih ljudi u jednoj vremenskoj točki reći će nam kakvi će mlađi ljudi biti kad budu stari			x
9.	Istraživanja starenja imaju iste probleme valjanosti i pouzdanosti kao i ona u drugim područjima psihologije.		X	
10.	Ostarjeli roditelji često zamjenjuju uloge sa svojom odraslom djecom te postaju djetinjasto ovisni o njima		X	
11.	Ponovno sklapanje braka među starim ljudima općenito je neuspješno			x
12.	Šok umirovljenja često ima za posljedicu pogoršanje tjelesnog i duševnog zdravlja			x
13.	Žene nakon menopauze ne uživaju naročito u spolnim odnosima			x

Red. br.	TVRDNJA	T	DT	N
14.	Stari ljudi nisu jako zainteresirani za spolne odnose			x
15.	Većina ekshibicionista i zlostavljača djece su stari muškarci			x
16.	Impotencija je obično psihološka, osim u starih muškaraca u kojih je manje ili više neizbježna		X	
17.	Ličnost je razmjerno stabilna tijekom odrasle dobi.	x		
18.	Ljudi u starosti postaju konzervativni i nefleksibilni		X	
19.	Teže je motivirati stare ljude nego mlade		X	
20.	Stare je ljude lakše smesti		x	
21.	Stari bi se ljudi trebali održavati aktivnima da održe dobro raspoloženje	x		
22.	Stari ljudi radije smanjuju broj svojih aktivnosti i prijateljstava			x
23.	Stari “lisci” ne mogu naučiti nove trikove			x
24.	Slabo pamćenje najgori je intelektualni problem u starosti		x	
25.	U starosti sjećanja na daleku prošlost jasna su i živa, a sjećanja na nedavne događaje su nejasna			x
26.	Sa svim svojim intelektualnim nedostacima stari ljudi nemaju velike koristi od obrazovanja			x
27.	Inteligencija doseže vrhunac oko 20. ili 30. godine, a zatim stalno opada			x
28.	S godinama dolazi mudrost		x	
29.	Oni koji su najsposobniji u mladosti najbrže propadaju u starosti			x
30.	Nakon 65 godina većina je ljudi lošeg zdravlja		x	
31.	Većina starih ljudi prije ili kasnije postane senilna			x
32.	Senilnim starim ljudima psihoterapija ne može pomoći		x	
33.	Većina ljudi suočena s vlastitom skorašnjom smrću pokušava ju poreći	x		

2.2. Stavovi prema starima – predrasude i činjenice

Kada je u pitanju odnos prema starim ljudima Turčinović, Vehovec, Brdar i Milić (prema Lacković - Grgin i Ćubela Adorić, 2006.) navode:

> “Stari moraju računati s tim da će biti onoliko stari koliko dopuste okolini da se prema njima ponaša kao da su stari – a okolina je prema nizu istraživanja prilično revnosna u lijepljenju stereotipnih etiketa”.

Starost je povezana s društvom i društvenim zbivanjima na dva načina:

a) stari ljudi utječu na prilike u društvu (npr. porast broja starih i mirovinske krize),

b) stari ljudi i sami čine dio društvene strukture i nose teret društvenih uloga, koje moraju igrati

Tijekom povijesti i među različitim kulturama mogu se pratiti razlike u odnosu prema starima. Tako su, na primjer, u antičko vrijeme stari ljudi uživali veliko poštovanje no u suvremenim razvijenim društvima, karakterističnim po brzom razvoju novih tehnologija, stječe se dojam da je iskustvo starih ljudi na manjoj cijeni.

U novije vrijeme govori se o **ageizmu** (Pečjak, 2001) kao pojavi karakterističnoj po nepriznavanju ili ograničavanju prava starosnih skupina. Radi se, dakle, o **diskriminaciji na osnovi kalendarske starosti,** gledištu koje ne prihvaća individualni pristup starijim osobama nakon određenog broja godina, određivanju sposobnosti i propisivanju društvenih uloga isključivo na temelju životne dobi (“Prestar si”, “Premlad si”), stvaranju stereotipa i sustavnoj diskriminaciji ljudi samo zato što su stari.

Kao primjere ageizma Pečjak (2001) navodi umirovljenje sveučilišnih profesora nakon 65. godine (samo zbog dobi), činjenicu da osiguravajuća društva traže veće osiguranje za stare ljude, kraći rok otplate kredita za stare i sl. Moguće je da se u ageizmu krije obrana protiv podsjećanja na vlastitu prolaznost i smrtnost.

Despot Lučanin (2011.) kao najčešće predrasude o starima navodi sljedeće:

TVRDNJE	TUMAČENJE
Svi su stari ljudi isti	Netočno, čak su među starima veće razlike nego među mladima
Starost počinje sa 60 godina	Nije preporučljivo starost određivati prema dobi nego prema tome što i koliko osoba može učiniti

TVRDNJE	TUMAČENJE
Stari ljudi nisu produktivni i teret su društvu	Većina starijih ljudi na svijetu rade cijeli život, sve dok mogu (na plaćenim i neplaćenim poslovima) ili dok im to društvo dozvoli
Stari se ljudi ne zaljubljuju i ne zanima ih seks	Osjećaji ne nestaju sa starenjem
Stari su ljudi senilni	Demencija, na sreću, pogađa samo neke ljude
Stari ljudi teško uče i ne trebaju učiti	Stari ljudi trebaju nešto više ponavljanja, ali motivacija ih može držati vrlo sposobnima za učenje
Stari su ljudi uglavnom bolesni i nemoćni	Pojava bolesti je vjerojatnija u starosti, ali mnoge stare osobe ostaju u dobrom tjelesnom stanju do duboke starosti i imaju dobre funkcionalne sposobnosti Neka funkcionalna ograničenja mogu se otkloniti pravilnim načinom života i prilagodbom okoline
Stari su ljudi bespomoćni i ne mogu odlučivati o svom životu	Samo u slučajevima teške bolesti oduzimanje poslovne sposobnosti (npr. demencije) Cjeloživotno iskustvo starim ljudima pomaže u planiranju aktivnosti i donošenju odluka
Ne treba trošiti skupe zdravstvene usluge na stare ljude	Svi ljudi imaju pravo na najbolju zdravstvenu skrb Bolja skrb može značiti duži i kvalitetniji život te sprječavanje težih bolesti (čije je liječenje još skuplje)

Pečjak (2001.) ovim predrasudama dodaje još neke kao što su npr. predrasude da su stari ljudi konzervativni, neučinkoviti i sebični.

Zanimljivo je istraživanje Ćubele Adorić (2004.) u kojem su studenti Sveučilišta u Zadru slobodno navodili osobine starih ljudi. U istraživanju 56% sudionika opisalo je stare ljude kao senilne, 52% kao čangrizave, 38% kao dosadne, 23% kao bolesne ili boležljive, 15% studenata je navodilo da su usporeni i nostalgični, 13% da su uplašeni zbog starosti i smrti, 12% da su zaboravni i preosjetljivi, a 10% da su tvrdoglavi i bespomoćni. Pozitivne osobine su rijetko navođene, tek je 18% studenata navelo da su stari ljudi mudri i 18% da su iskusni.

Mnoga istraživanja pokazuju negativne stavove prema starosti te starim ljudima i mlađih i starijih sudionika. Ovi **stavovi se odražavaju u ponašanju** prema starijima, ponajprije u

komunikaciji koja je često pojednostavljena, neprirodnog emocionalnog tona uz češće tzv. “sekundarno tepanje”, kada se starijim osobama obraća na način tipičan za komunikaciju s malom djecom (naročito u institucijama za brigu o starim osobama).

Mnoge mlade ljude razgovor sa starima frustrira zbog predrasuda da stare osobe pričaju samo o sebi i svojim problemima i to preopširno, da su u razgovoru s mladima stari neprilagodljivi, nepažljivi, rigidni, nedodirljivi, drže se superiorno i “pokroviteljski”. Interakcija sa starima otežana je i zbog očekivanih teškoća u interakciji pripisivih slabijem sluhu, sporijoj obradi informacija, slabijoj prilagodbi starijih.

Negativni stavovi mogu utjecati na ponašanje starijih osoba. Kod dijela starih ljudi može se opaziti **gubitak samopoštovanja, snižena motivacija, sniženo pouzdanje u vlastite sposobnosti**. Okolina često nesvjesno potkrepljuje i učvršćuje ponašanja starije osobe u kojima je očita njezina ovisnost o drugima. Takva ponašanja izazivaju veću pažnju okoline nego ponašanja koja pokazuju neovisnost. To je naročito očito u institucijama. Mnoga istraživanja pokazuju da ako se osoblje u domovima ponaša prema starim ljudima kao nemoćnim osobama oni i postaju nemoćnici. Zbog toga je uputno da voditi računa o (ne)mogućnostima stare osobe koju imamo pred sobom, potrebno je riješiti se predrasuda i **u odnosu prema staroj osobi treba prepoznavati individualnost**, odgovarajući sukladno njenim potrebama.

Negativni stereotipi i predrasude u odnosu na starije osobe manji su u osoba koje imaju više znanja o starenju, koje često imaju interakcije sa starima i koje imaju sposobnost vidjeti stvari iz perspektive starije odrasle osobe. Predrasudama su ljudi naročito podložni u situacijama kada nemaju drugih specifičnih podataka o osobi (a starija dob je odmah uočljiva).

2.3. Što pomaže u nadilaženju stereotipa?

Razlike u prosuđivanju mlađih i starijih osoba smanjuju se kada su dostupni drugi podaci o osobi. **Interakcije sa starima i edukacija o procesu starenja** koja je usmjerena na razumijevanje velike raznolikosti u procesu starenja, pokušaj da se svijet (pa i starenje) vidi **iz perspektive stare osobe** može pomoći u smanjivanju predrasuda. Ako druge ljude (pa tako i stare osobe) pokušamo vidjeti kao osobe koje posjeduju svoje specifične crte ličnosti i (ne)sposobnosti koje je razlikuju od drugih, smanjujemo vjerojatnost pojave predrasuda.

3. LIČNOST I STARENJE

Cilj: usvojiti znanja o važnosti crta ličnosti i u procesu starenja te o njihovoj razmjernoj stabilnosti

Pitanja za raspravu:

Mijenja li se osnovna struktura ličnosti kod većeg broja starih ljudi? Postaju li stari ljudi potpuno različite osobe od onog kakvi su bili u mladosti?

Starija dob nosi sa sobom i veći broj **gubitaka** (promijenjeno fizičko stanje, češći problemi sa zdravljem, promjena socijalnog statusa) s kojima se moramo suočiti, što zahtijeva i prilagodbu. Većina ljudi nastoji naći ravnotežu i sklad između potrebe da održe kontinuitet vlastite ličnosti i identiteta te potrebe da prihvate promjene, odnosno razvoj tijekom vremena. Istraživanja pokazuju da se **osnovne crte ličnosti ne mijenjaju bitno** iako se događa **određeni pad otvorenosti za iskustva i ekstraverzije**, što je razumljivo s obzirom na sužavanje socijalnih kontakata u starijoj dobi, iako se ono se često događa bez želje stare osobe. **Neuroticizam opada** u odrasloj dob, ali vrlo kasno u životu manifestacije neuroticizma mogu opet postati očitije. **Ugodnost i savjesnost kao crte ličnosti blago se povećavaju** što može biti posljedica mirenja sa životom (iako je nesavršen) i prihvaćanja promjene, odnosno povećane sposobnosti prihvaćanja da dio događaja u životu nije pod našom kontrolom.

3.1. Pojam o sebi

Iako pojam o sebi postaje sigurniji i složeniji nego u mlađoj dobi (što je vjerojatno posljedica iskustva) većina starih ljudi zadržava **koherentan** pojam o sebi (“znam da sam ista osoba kakva sam nekada bila”).

U samoopisima stariji se manje bave pojmovima koji se odnose na razlikovanje sebe i drugih i utjecaja socijalnih konvencija, sebe opisuju više u terminima zdravlja i fizičkog funkcioniranja, životnih iskustava i hobija.

Istraživanje u Njemačkoj koje je uključivalo dvije dobne skupine (70-84 i 95-103 godine) i u kojem se od sudionika tražio odgovor na pitanje: “Tko sam ja?” pokazalo je da su stari ljudi spominjali interese, hobije, sudjelovanje u društvu, obitelj, zdravlje, crte ličnosti, navodili su više pozitivnih nego negativnih samoevaluacija iako je kod grupe starijih došlo do blagog

porasta negativnih komentara. **Pozitivni i slojeviti samoopisi bili su prediktivni za psihičku dobrobi**t a čak i u uznapredovaloj dobi (kada su neki kapaciteti propali) većina je sudionika zadržala koherentan pojam o sebi.

Mehanizmi samoregulacije važni su kao izvori stabilnosti i promjene u starijoj dobi. Samoregulacija se može definirati kao skup organiziranih sposobnosti ili vještina koje osoba primjenjuje za opažanje i kontrolu vlastitog doživljavanja i ponašanja. Osoba teži dosljednosti pa su samoregulatorni mehanizmi vrlo važni u održavanju ravnoteže.

Tijekom starenja **tri su važna mehanizma samoregulacije:**

- prilagođavanje samoevaluacije (tijesna povezanost prošlosti, sadašnjosti i budućnosti)
- mijenjanje životnih ciljeva (odabir životnih prioriteta)
- regulacija emocija

Diener i Suh (1998., prema Johnson, 2005.) nalaze da nema opadanja (ili se čak događa blagi porast) u učestalosti pozitivnih emocija sve do vrlo kasne starosti, a negativne emocije ostaju stabilne ili čak opadaju. Istovremeno zbivanje pozitivnih i negativnih emocija češće je u starih nego u mladih, a u samoizvještajima stariji navode da bolje kontroliraju svoje osjećaje (umanjuju negativne i naglašavaju pozitivne emocije).

U jednom dijelu istraživanja pokušalo se povezati neke **crte ličnosti s mortalitetom**. Tako Johnson (2005.) navodi da su s ranijim umiranjem povezane: niske razine ekstraverzije, ugodnosti i savjesnosti i visoke razine neuroticizma i negativnog afekta

Varijabla koja određuje povezanost niske savjesnosti i mortaliteta vjerojatno je zdravstveno ponašanje: ljudi niske savjesnosti, impulzivniji su i skloniji su rizičnim ponašanjima (npr. alkohol i druga sredstva ovisnosti, ne vode računa o hrani, skloni su impulzivnim ponašanjima koja mogu imati fatalni ishod). Ljudi s visokim neuroticizmom mogli bi biti pojačano osjetljivi na negativne učinke stresa (na tjelesne sustave, što ima za posljedicu lošije zdravlje).

3.2. Reminiscencija i pogled unatrag

Već je ranije spomenuto da mnogi mlađi ljudi zamjeraju starijima da uglavnom pričaju o prošlosti. Istina je da stari ljudi rado pričaju o ljudima i događajima iz prošlosti – i to čine

mnogo češće od mladih ljudi. Pogled unatrag je posebna vrsta reminiscencija kada se osoba prisjeća, ponovo razmatra prošla iskustva, razmišlja o njihovu značenju s ciljem da bolje razumije sebe. Prisjećanje prošlosti može biti pozitivno i adaptivno (osim u nekim slučajevima). Haight (1992., prema Berk, 2005.) navodi da se zadovoljstvo životom starih osoba (u dobi od 61 do 99 godina), koje su bile uključene u proces pregleda života koji je vodio savjetovatelj, značajno povećalo.

Pozitivni učinci reminiscencije:

- kod ekstravertiranih ljudi u kojih je reminiscencija usmjerena na druge, na socijalne ciljeve (npr. učvršćivanje obiteljskih i prijateljskih veza, ponovno proživljavanje odnosa s bliskim osobama koje su izgubili)
- kada ljudi koji imaju naglašenu otvorenost prema iskustvu – u reminiscenciji na svoja prošla iskustva traže učinkovite strategije rješavanja problema (kojima bi eventualno podučili i mlađe)

Negativni učinci reminiscencije:

- usmjerenost na sebe, sa željom smanjenja dosade, oživljavanjem gorkih iskustava
- očajni stari ljudi često se „vraćaju“ u svoju prošlost, razmišljajući o bolnim iskustvima što potiče njihove negativne emocije

3.3. Duhovnost i religioznost

Wink i Dillon (2002., prema Berk, 2008.) u longitudinalnom istraživanju pokazuju da se duhovnost znatno povećavala nakon srednjih pedesetih godina. Duhovnost i vjera mogu uznapredovati u starijoj dobi na kojoj se naglašava povezanost s drugima i pomirenje s nesigurnošću i životom. Berk (2008.) navodi da stariji Afroamerikanci gledaju na religiju kao na snažan izvor socijalne podrške izvan obitelji i unutarnje snage kako bi izdržali izloženost stresu i tjelesnu onemoćalost. Idler i Kasl (1997., prema Berk, 2008.) pronalaze da je sudjelovanje u religijskim aktivnostima prediktor tjelesnog funkcioniranja tijekom razdoblja od 12 godina, uz pozitivne učinke optimizma, zdravstvenih navika i socijalne podrške. Žene se više angažiraju kao pripadnici crkvenih zajednica. Ono što je problem u starosti jest činjenica da slabije zdravlje i teškoće s prijevozom smanjuju sudjelovanje starijih u organiziranim religijskim obredima.

3.4. Negativne životne promjene kao prijetnja dobrobiti starijih ljudi

Stariji ljudi doživljavaju niz negativnih životnih promjena: smrt supružnika, braće i sestara, prijatelja; bolesti, veću zavisnost, smanjenje prihoda. Garz i sur. (1996., prema Berk, 2008.) navode da kod starih ljudi ovi negativni životni događaji izazivaju manji stres nego kod mlađih odraslih osoba. Mogući razlog za ovo je činjenica da su se **stariji navikli suočavati s teškim vremenima i prihvaćati gubitke kao dio ljudskog života** i da su na neki način ovi događaji u starijoj dobi **očekivani i predvidljivi**.

Ipak, kada se nagomilaju ove negativne životne promjene, to može biti značajan izvor stresa i ugrožavati dobrobit stare osobe. Jedan od čestih problema u starijoj dobi jest **depresija** koja je češća kod osoba narušenog tjelesnog zdravlja i socijalno izoliranih (bilo da žive same ili su u ustanovi s velikom fluktuacijom osoblja pa nema mogućnosti uspostavljanja bližeg, povjerljivog odnosa). Stopa samoubojstava se višestruko povećava kod starih muškaraca.

Osobe koje skrbe o starima svakako bi trebale obratiti pozornost na neke znakove koji mogu biti upozoravajući za **rizik od samoubojstva**. To su:

- pokušaji da se srede osobne stvari (izglađivanje neskladnih odnosa, poklanjanje vrijednih osobnih stvari)
- verbalni znaci – izjave o umiranju
- neizravna samouništavajuća ponašanja (odbijanje hrane i liječničke pomoći)
- tuga, beznadnost, osjećaj "više mi nije stalo"
- umor, nedostatak energije, dosada
- povlačenje od prijatelja
- lako postaje frustriran
- emocionalni ispadi (smijeh, plač)
- nemogućnost koncentracije, distraktibilnost
- zanemarivanje osobnog izgleda
- promjene u spavanju (premalo ili previše)
- promjene apetita (više ili manje od uobičajenog)
- tjelesne pritužbe

Mogućnosti preventivnog djelovanja:

- ako je u osnovi depresija **liječiti depresiju** (antidepresivi i psihoterapijske metode – npr. rad na kognitivnim distorzijama)
- terapijska nastojanja koja su usmjerena na **pomoć u suočavanju s promijenjenim ulogama** (umirovljenje, obudovjelost, zavisnost)
- **rad s obitelji** kako bi se uključili u smanjivanje usamljenosti i očajavanja kod stare osobe
- telefoni za pomoć (pružanje emocionalne podrške)
- organiziranje **posjeta** starima
- u **institucijama**: omogućavanje privatnosti, autonomije uz istovremenu socijalnu podršku

3.5. Socijalna podrška i socijalna interakcija

Socijalna podrška kod starijih osoba igra važnu ulogu u **smanjivanju stresa** što vodi i boljem tjelesnom zdravlju i psihičkoj dobrobiti pa tako povećava mogućnosti za dulji život. **Socijalna podrška može** smanjivati vjerojatnost stresnog događaja, modificirati percepciju stresora i umanjiti stresni potencijal, utjecati na strategije suočavanja i izravno utjecati na razinu prilagodbe.

Tko najviše profitira od socijalne podrške?

- ljudi koji dobivaju onu vrstu socijalne podrške koja je prikladna za njihove probleme
- ljudi koji dobivaju podršku od osoba koje su bile ili jesu u sličnoj situaciji (grupe za samopomoć)
- žene su sklonije i davanju i primanju socijalne podrške

Da bi podrška bila učinkovita potrebno je da stari ljudi imaju doživljaj **osobne kontrole** nad stupnjem podrške (što može biti izvor problema za njegovatelje).

Neki ljudi, međutim, visoko vrednuju svoju nezavisnost i ne žele veliku podršku ako ne mogu uzvratiti (neuzvraćena podrška za njih je novi izvor stresa). Ove osobe lakše prihvaćaju plaćenu pomoć.

Najveća korist je od:

- **odnosa koji uključuju ljubaznost, ohrabrenje i poštovanje**
- **empatije**
- **prepoznavanja potreba druge osobe, prikladnog odgovranja na njih, bez omalovažavanja i obezvređivanja**

4. KOMUNIKACIJA SA STARIJIM LJUDIMA

Cilj: Uvježbati vještine aktivnog slušanja i vještine komunikacije sa starijim osobama i osobama s komunikacijskim ograničenjima

Tijek:

Vježbe sa sudionicima:

1. Sjetite se neke situacije u kojoj ste komunicirali s osobom poodmakle dobi. Kako je tekla komunikacija? Kako ste se osjećali? Jesu li postojale neke prepreke u komunikaciji? Ako jest, što mislite da ih je uzrokovalo? Što mislite kako se osjećala osoba s kojom ste komunicirali?
2. Sudionici se podijele u skupine po troje: jedan sudionik je “kliničar”, koji razgovara s drugim koji je “klijent” o nekom problemu, a treći sudionik opaža i bilježi verbalne i neverbalne znakove u komunikaciji. Nakon nekog vremena uloge se promjene: “klijent” postaje “kliničar” (cilj je ovoga da se razumije perspektiva drugog). Nakon toga svaki od sudionika izvještava o tome kako se osjećao tijekom komunikacije i raspravlja se o onim komunikacijskim porukama kada je jedan od sudionika želio uputiti jednu poruku, a slušatelj ili promatrač su je protumačili na drugi način.
3. Sudionicima se može dati CAPE skala za procjenu ponašanja uz uputu da se pokušaju prisjetiti neke starije osobe koju dobro poznaju i da procijene njezino ponašanje i potrebe za skrbi i načine komunikacije s njom.

Za **uspješnu** komunikaciju sa starijim ljudima prije svega je važno:

- shvatiti jedinstvenost osobe
- procijeniti opću razinu funkcioniranja osobe
- izbjeći stereotip o starijoj osobi kao tjelesno i mentalno promijenjenoj
- prilagoditi se specifičnostima vezanim uz dob sudionika

Procjena opće razine funkcioniranja i njezina važnost za komunikaciju sa starijim osobama:

• **Procjena senzornih sposobnosti**: način komunikacije prilagoditi stanju sluha i stanju vida
• **Procjena psihosocijalnih potreba:** važno je čuti i vidjeti što se zbiva iz klijentove perspektive, npr. neovisnost ili potreba za pomoći
• **Procjena sposobnosti suočavanja s problemima:** uspješni načini suočavanja s problemima u prošlosti mogu poslužiti kao pomoć u suočavanju s trenutačnim problemima, što pojačava osjećaj kontrole nad vlastitim životom, dobro je podsjetiti osobu na izvore socijalne podrške
• **Procjena emocionalnog stanja*:*** važno je biti osjetljiv na neizražene strahove starijih, a oni često umanjuju svoje teškoće zbog straha npr. da će biti smješteni u dom
• **Procjena potrebe za pomoći**: dobro je ponuditi pomoć klijentu na način kojim se naglašava održavanje što duže neovisnosti, npr. pomoć u kući, važno je pružiti osobi mogućnost da preuzme kontrolu i sama donosi odluke (zbog osjećaja samopoštovanja i samokontrole), važno je i savjetovati obitelj koja brine previše ili uopće ne brine.

Za komunikaciju sa starijim osobama važno je:

1. Slušanje	Pokazati osobi da slušamo • gledati u oči • dati neverbalne znakove (kimanje glavom, izraz lica), • sjediti opušteno ili nagnuto prema sugovorniku Otkloniti vanjske smetnje • npr. ne razgovarati na bučnom hodniku, telefon Otkloniti unutarnje smetnje • npr. ne pogledavati na sat, ne razmišljati o prethodnom ili sastanku koji slijedi
2. Govor	• Paziti što govorimo i kako govorimo • Govoriti glasno, jasno, polako, okrenuti licem osobi da nam vidi usta • Koristiti razumljive rečenice i riječi • Govor prilagođavamo stanju starije osobe - npr. stanju sluha, vida, kognitivnih funkcija

3. Opažanje	• Ponašanja starije osobe i svih promjena u ponašanju • Svaka nagla ili neobična promjena može biti znak npr. nastupa bolesti, pogoršanja bolesti, oporavka
4. Ignoriranje	• Ponekad je nužno kad starija osoba privlači pažnju drugih na neprikladan način • Ne ignoriramo osobu, nego to ponašanje • npr. osoba u bolnici zahtijeva da bude prva na redu za njegu – takvo ponašanje treba ignorirati, a ne upuštati se u „parničenje“ s njom • Prikladna ponašanja nagraditi pohvalom, smješkom, kratkim razgovorom • Ignorirati ponašanje senilne osobe koje ne nanosi štetu ni njoj ni drugima
5. Poticanje neovisnosti	• Bolje je učiniti nešto zajedno sa starijom osobom (naravno, ako ona može sudjelovati u tome) nego učiniti to umjesto nje • Ovo može biti teško njegovatelju jer zahtijeva više vremena i strpljenja, ali je dobro za stariju osobu
6. Strpljenje	• Sve veća sporost u starijih osoba – ne treba ju požurivati (to može biti za nju vrlo frustrirajuće)
7. Fleksibilnost	• Uvažiti velike individualne razlike među starijim osobama i ne primjenjivati istovjetna pravila i ponašanja sa svima
8. Poštivanje i prihvaćanje	• Stari su ljudi odrasli i to treba uvažavati • Ne pokušavajmo osobu koja je 70 ili 80 godina bila npr. zatvorena, sitničava i tvrdoglava pretvoriti u otvorenu, slobodnu i fleksibilnu, ma koliko nam teško bilo prihvatiti njezine osobine koje se tako razlikuju od naših • Možemo izraziti neslaganje ali tako da ne “udarimo na osobu” nego samo na određeno ponašanje

Među starijim osobama češće su one s oštećenjima vida i sluha pa su ovdje navedena neka pravila za komunikaciju s ovim osobama.

Komunikacija sa starijim osobama oslabljenog sluha

- odrediti na koje uho bolje čuje i usmjeriti govor na tu stranu
- pomoći osobi da se nauči služiti slušnim pomagalom

- govoriti jasno i glasno, normalnom brzinom, dubljim tonom
- ako osoba ne razumije, ponoviti poruku drugim riječima
- okrenuti se licem starijoj osobi, da si pomogne izrazom lica i pokretima usana u razumijevanju poruke
- dopuniti verbalnu poruku neverbalnim znacima - gestama, izrazom lica
- ne stavljati ruku pred usta dok govorite, ne žvakati
- smanjiti buku u pozadini dok govorite, npr. ugasiti radio ili televizor
- dobro je imati papir i olovku
- tražiti povratnu informaciju od osobe, doznati koliko je čula

Komunikacija sa starijim osobama oslabljenog vida

- savjetovati osobu o korištenju naočala, držati naočale pri ruci (ako pomažu)
- predstaviti se imenom pri ulasku u sobu i prije početka razgovora
- stajati ispred osobe i koristiti pokrete glavom
- verbalno objasniti svaku pisanu poruku: ako osoba naizgled čita, ne znači da je i vidjela što piše, zato pitanjima treba provjeriti razumijevanje poruke
- primjereno osvjetljenje pomaže boljem viđenju
- ukloniti sve opasnosti, npr. prepreke na putu ili bliještanje
- osobu ne treba voditi za ruku nego joj ponuditi ruku da ona primi vas
- riječima opisati put kojim vodite osobu i kamo ju vodite

Komunikacija s osobama s govornim oštećenjem

- izbjegavati dugotrajne razgovore; bolji su češći, kraći razgovori
- pomoći bolesniku kad ima teškoća u pisanom i/ili usmenom izražavanju nadomještanjem drugih oblika komunikacije (npr. ponuditi slikovnicu sa slikama onog što bi osoba mogla trebati, potaknuti neverbalnu komunikaciju)
- pružiti bolesniku redovite poticaje za njegove psihičke sposobnosti (pamćenje, rješavanje problema i sl.)
- pomoći bolesniku da se usmjeri na očuvane komunikacijske sposobnosti
- pohvaliti bolesnikove napore da komunicira i ohrabriti ga da vježba ono što je naučio u govornoj terapiji
- biti strpljiv i računati s dužim vremenom zbog sporije kognitivne obrade informacija

Kako treba razgovarati s osobama ograničenih komunikacijskih sposobnosti (Lučanin, 2010.)

- obratiti pozornost na osobu, ne ignorirati ju, osjećat će se nevažnom i nevrijednom;
- ne nagađati o onome što osoba pokušava reći, radije promijeniti način komunikacije (postaviti dodatna pitanja, po mogućnosti zatvorena - da/ne pitanja);
- koristiti druge oblike komunikacije (jezik znakova, pisane poruke ili slike), ali provjeriti razumije li ih stara osoba jednako
- provjeriti klijentovo razumijevanje – ako može, neka ponovi što mu je rečeno ili neka sažme razgovor
- potaknuti klijentovo pamćenje - podsjetiti ga na dogovoreni sastanak ili terapiju
- potaknuti klijentovu orijentiranost u vremenu i prostoru, naročito ako je nepokretan i ne može govoriti (npr. imenovati obrok koji jede kao ručak ili večeru, terapiju koju dobiva spomenuti kao jutarnju, podnevnu, večernju, pozdraviti s dobro jutro ili laku noć, i sl.)
- **uvijek govoriti klijentu**, čak i kad ne može govoriti ili kad nije pri punoj svijesti; tako ga se umiri i pokaže mu da nije napušten; ponekad on može odgovoriti neverbalno, npr. stiskom ruke ili treptanjem očima
- **prihvatiti pomoć rodbine ili njegovatelja** - kao izvora podataka o klijentu ili kao posrednika u komunikaciji

Kako NE TREBA razgovarati osobama s komunikacijskim ograničenjima (Lučanin, 2010) ispravljati izgovoreno (npr. nekome tko muca, ili otežano govori nakon CVI i sl.)

- reći im što da rade ili misle (npr. “Ako ništa ne kažete, pretpostavit ćemo da nemate bolove.”)
- izbjegavati ili zanemarivati (npr.”Pustite ga na miru, on i tako ne razumije što pričamo, samo ćete ga uznemiriti”)
- vikati: ljudi rado pojačaju glas misleći da će nas osoba bolje razumjeti umjesto da se upotrijebe drugačije riječi
- koristiti drugu osobu kao posrednika u komunikaciji, pred bolesnikom (npr. “Što je rekao? Možeš li ga razumjeti?” /tihim, očajnim glasom/ “Ja se predajem!”)
- govoriti nestrpljivo i ljuto (npr. “Čujte, imam jako puno posla. Ako vas još nešto zanima, pitajte nekog drugog”)
- pružiti besmisleno razuvjeravanje nakon što je osoba proizvela nerazumljive zvukove (npr. “Ništa ne brinite, mi ćemo se pobrinuti za sve”)

4.1. Kognitivne promjene u starijoj dobi

Tijekom starenja događa se niz kognitivnih promjena o kojima također treba voditi računa u komunikaciji sa starijim osobama.

Kognitivne promjene u starijih:

- brzina obrade informacija dalje opada (ovo je opadanje već počelo u pedesetim godinama)
- kristalizirane sposobnosti (kulturno poticani procesi stjecanja znanja i vještina: vještine čitanja i pisanja, razumijevanje jezika, verbalne sposobnosti, obrazovne i profesionalne sposobnosti te znanja o sebi i životu) su očuvane, čak i rastu sa starenjem do osamdesetih godina (tada je moguće opadanje)
- fluidne se sposobnosti (sposobnost apstraktnog rezoniranja) smanjuju
- količina informacija koja može biti zadržana u radnom pamćenju opada
- dolazi do malog zaboravljanja davnih događaja
- raste upotreba pomagala za prospektivno pamćenje (ono što trebamo učiniti)
- postaje teže dosjećanje riječi (što se vidi kroz stanke u govoru)
- pamti se bit informacija, detalji ne
- rješavanje problema u svakodnevnom životu očuvano je do duboke starosti, ali rješavanje nekih apstraktnih problema slabi

Treningom je moguće poboljšati širok raspon kognitivnih vještina. U nekih starih ljudi javljaju se znaci **mudrosti**.

Kada govorimo o mudrosti obično se uz ovaj pojam veže:

- širina i dubina praktičnog znanja
- sposobnost promišljanja i primjena tog znanja na načine koji život čine podnošljivijim i vrednijim
- emocionalna zrelost – sposobnost slušanja, vrednovanja i davanja savjeta
- altruistični oblik kreativnosti – doprinos čovječanstvu i obogaćivanje života drugih ljudi
- “stručnost u življenju i smislu života” (Berk, 2008.)

Kada se ispituje mudrost uobičajeno se daju zadaci vezani uz:

- znanje o temeljnim pitanjima života (ljudska priroda, socijalni odnosi i emocije)
- učinkovite strategije u primjeni tog znanja u donošenju životnih odluka, rješavanju sukoba i davanju savjeta
- stav o ljudima koji uzima u obzir njihove životne okolnosti

- briga o temeljnim ljudskim vrijednostima (opće dobro, poštovanje individualnih razlika u vrijednostima)
- svijest o nesigurnostima u životu i upravljanje njima te prihvaćanje da većina problema nema savršeno rješenje

Što doprinosi mudrosti?

Pretpostavlja se da je mudrost koju dostižu neki stari ljudi vezana uz njihovu **dob i životno iskustvo,** naročito iskustvo u **suočavanju i svladavanju teškoća**. Starije osobe prošle su niz gubitaka i teških situacija u životu i ako su ih koristile za osobni rast i razvoj onda su ostvarile jednu od pretpostavki za dostizanje mudrosti. Zaključak je da nije svaki stres nužno poguban.

4.2. Komunikacija s osobama sa smanjenim kognitivnim sposobnostima

Na žalost, neće svi ljudi u starijoj dobi doseći razinu mudrosti, u nekih će biti očiti znaci propadanja kognitivnih funkcija, a najizrazitiji primjer naglašenog opadanja kognitivnih sposobnosti jest demencija.

Komunikacija s osobama sa smanjenim kognitivnim sposobnostima

- govoriti u kratkim rečenicama, ponavljati i davati upute jednu po jednu, npr.: „ustanite, obujte papuče, obucite ogrtač, ... itd.“;
- komunikacija dodirom djeluje umirujuće – obično se dodiruju šake, ramena, leđa i ruke – dodir pojačava verbalnu poruku, npr., dodirnemo ruku osobe i kažemo: „idemo!“;
- ako ponavlja iste priče puno puta, pokušati je nenametljivo usmjeriti da kaže nešto što daje uvid u sadržaje koji nas zanimaju ili sažeti priču, npr.: „…i tako ste se naljutili na brata. Imate li još nekog brata ili sestru?“;
- u slučaju agresivnih reakcija na frustracije (tzv. katastrofične reakcije) udaljiti osobu iz situacije koja je izazvala ispad ili odgoditi rješavanje situacije, npr.: „idemo se prošetati, a poslije ćemo se dogovoriti o jelu“.

Komunikacija s dementnim osobama

- procijeniti opće stanje i funkcioniranje osobe, ne odmah nakon prvog susreta, već kroz nekoliko susreta i u prostoru u kojem se dementna osoba osjeća najugodnije
- najbolji način da se klijent i obitelj/skrbnik opuste jest započeti neobavezan i neformalan razgovor
- stručna osoba mora poduzeti sve što može kako bi omogućila dementnoj osobi da sama izrazi svoja stajališta ili želje (dok to može)
- procjena bi se trebala temeljiti na onome što dementna osoba i njezin skrbnik može samostalno činiti, umjesto na onome što ne može
- svaki bi stručni djelatnik trebao prikupiti što više podataka o klijentu od članova obitelji i od ostalih članova stručnog tima
- bilješke o svakom klijentu trebaju biti dostupne svim članovima stručnog tima, obitelji i samom klijentu - stoga je dobro imati spremne obrasce.
- Preporučljivo je zapisati sve podatke odmah nakon susreta, da se ne zaborave

5. PROMJENE U SOCIJALNIM ODNOSIMA U STARIJOJ DOBI

Cilj: Steći znanja vezana uz relevantne promjene u starijoj dobi, te moguće izvore kriznih stanja u starijih i komunikaciju s osobama u procesu žalovanja

Tijek:
Početi razgovor sa sudionicima o promjenama u socijalnim odnosima u starijoj dobi, ispitati kako ih sudionici vrednuju (pozitivno, neutralno ili negativno).

5.1. Obitelj, društvo, umirovljenje

Socijalne odnose u starijih osoba neki istraživači uspoređuju sa socijalnim konvojem: neki ljudi odlaze iz njihovih života, a neki dolaze. Većina starih ljudi ostala je već bez svojih roditelja, dio ostaje bez supružnika, neki ulaze u nove brakove. Dio prijatelja umire, ali nije rijetko da se u starijoj dobi uspostavljaju i nova prijateljstva. Ipak, u starijoj dobi socijalne mreže i socijalne interakcije se smanjuju, mijenjaju se odnosi u obitelji, stari ljudi odlaze u mirovinu, a smanjuje se i učestalost i različitost slobodnih aktivnosti.

5.1.1. Promjene u obitelji u starijoj dobi

Nakon osamostaljivanja djece i odlaska u mirovinu mnogi supružnici više vremena provode zajedno i više se **oslanjaju jedan na drugoga.** Dio istraživanja koja se bave brakom pokazuje visoko zadovoljstvo brakom na početku braka, niže tijekom godina podizanja djece, ponovo visoko nakon što djeca odu.

Zadovoljstvo u braku raste od srednje do kasne dobi vjerojatno zbog:

- porasta percepcije **pravednosti**: supružnici su ravnopravniji, smanjuje se tradicionalna podjela kućnih poslova na muške i ženske, muškarci se više uključuju u kućanske poslove
- uključivanja u više **zajedničkih aktivnosti** u slobodno vrijeme
- „praznog gnijezda“ – što daje prigodu parovima za ponovno zbližavanje
- većeg **emocionalnog razumijevanja** i naglaska na **regulaciji emocija** – parovi koji su u braku najmanje 35 godina rješavaju konflikte na načine koji su manje negativni i s više topline nego sredovječni partneri (smanjuje se potencijal za konflikt)
- zajedničkih **sjećanja** i **poznavanja** partnera

Istraživanja također pokazuju da su **stariji ljudi koji žive u braku sretniji, zdraviji i žive duže od razvedenih ili udovaca iste dobi** (prema Despot Lučanin, 2003.). Razvodi u starijoj dobi su izrazito rijetki.

Jedan od problema vezanih uz stariju dob jest teška **bolest jednog partnera** i, ako je teret skrbi isključivo na drugom partneru, to ima za posljedicu značajnu promjenu uloga. Ako su bračni odnosi bili jako dobri ranije, onda se oni u ovakvim teškim situacijama još više učvrste (na žalost, vrijedi i suprotno: teške situacije pogoduju pogoršanju loših odnosa).

U starijoj se dobi mijenjaju i **odnosi s djecom**. Ranije su roditelji bili ti koji su pružali veću pomoć djeci, a u starijoj dobi se povećava pomoć djece roditeljima, najčešće kroz emocionalnu podršku, a u slučajevima teže onesposobljenosti i kroz fizičku skrb. L**jubav, društvo i stimulacija** koju pružaju djeca umanjuju negativni utjecaj tjelesne onesposobljenosti i gubitaka na psihičku dobrobit dok **sukobi i loši odnosi** s odraslom djecom pridonose lošem mentalnom i tjelesnom zdravlju. Djeca ponekad mogu osjećati ljutnju, krivnju, pa i depresiju u situacijama kada nose teret skrbi za ostarjele roditelje, a nerijetko ovo može voditi i problemima u odnosima s braćom i sestrama kada treba donijeti odluku o tome tko treba skrbiti o roditeljima.

Unuci predstavljaju za stare ljude širu mrežu socijalne podrške i od njih stari ljudi uglavnom očekuju ljubav (a ne praktičnu pomoć). Kako unuci odrastaju kontakti djedova i baka s unucima tijekom života opadaju (unuci zasnivaju obitelji). Većina ljudi koji imaju ovo iskustvo navode da uloga bake ili djeda dodaje novu **pozitivnu dimenziju** njihovim životima.

Odnos s braćom i sestrama jedan je od rijetkih odnosa koji traje veći dio našeg života. Stariji muškarci i žene smatraju da su odnosi sa sestrama bliži nego s braćom. Braća i sestre u starijoj dobi češće služe za druženje i dijeljenje uspomena nego za izravnu pomoć. Obudovjeli stariji i oni koji nisu u braku imaju više kontakata s braćom i sestrama, a kontakti se intenziviraju i u vrijeme prolaznih kriza (npr. smrt supružnika, umirovljenje i sl.). Rivalstvo među braćom i sestrama koje je često izraženo u mladosti u starijoj dobi se značajno smanjuje.

5.1.2. Stariji koji nisu bili u braku i nemaju djecu

Kod starijih ljudi koji nisu bili u braku i nemaju djecu obično su neki drugi mlađi ljudi važni, npr. nećaci i nećakinje. Muškarci bez djece češće se oslanjaju na pomoć sestara, a žene koje se nisu udavale na prijateljstva s drugim ženama.

Neka istraživanja pokazuju da starije žene koje se nisu udavale pokazuju jednako zadovoljstvo životom kao udane, a veće od onog rastavljenih i nedavno obudovjelih, osim ako ne robuju stereotipu da je život bez partnera prazan ili kada ne mogu održati socijalne kontakte zbog lošeg zdravlja pa se osjećaju osamljeno. Neoženjeni muškarci u SAD u dobi iznad 70 godina osjećali su se mnogo usamljenijima od neudanih žena bez djece.

5. 1.3. Uloga prijatelja, susjeda i zajednice u starijoj dobi

Prijatelji i susjedi važni su kao izvor socijalne podrške jer često mogu brže od obitelji **priskočiti u pomoć** starijoj osobi s obzirom na prostornu blizinu (susjedi) i s obzirom na učestalost susreta (prijatelji). Unatoč gubitaka mnogih prijatelja iz mladosti, u starosti se mogu **steći novi prijatelji**, što je izvor zadovoljstva (kojem svakako doprinosi i činjenica da je izbor prijatelja naš slobodan izbor, za razliku od članova obitelji, koje ne biramo voljno).

Vrlo stari ljudi češće znaju imati znatno mlađe prijatelje što je povezano i s činjenicom da su mnogi njihovi vršnjaci umrli. Prijateljstva starim ljudima služe kao **izvor podrške i topline,** a obično se izbjegava jaka ovisnost (traži se samo povremena pomoć u svakodnevnom životu).

Berk (2008.) navodi da ljudi koji žive u gradovima i oni koji žive u selima izvještavaju o većem zadovoljstvu životom kada u njihovu susjedstvu stanuje više starijih stanovnika (dostupno društvo osoba sličnih po dobi). Prisutnost obitelji nije nužna sve dok susjedi i bliski prijatelji pružaju socijalnu podršku. U usporedbi sa starijima u urbanim područjima stari koji žive u tihim susjedstvima malih i srednje velikih zajednica zadovoljniji su životom (možda i zbog manjeg straha od kriminala koji nije tipičan samo za zapadne zemlje, nego i za našu državu, a čemu doprinose i mediji).

5.1.4. Umirovljenje

Umirovljene ima različito značenje za ljude s obzirom na promjene koje izaziva u životu osobe i obitelji.

Za mnoge ljude umirovljenje je **stres** zbog promjene financijskog statusa. Ljudi koji su radili ugodne poslove s razmjerno malo stresa teže podnose odlazak u mirovinu od onih koji obavljaju manje ugodne poslove s više stresa. Neki ljudi planiraju mirovinu, pripremaju aktivnosti kojima će se baviti, a neki poriču nužnost odlaska u mirovinu (npr. radoholičari koji su jedini smisao vidjeli u poslu teže podnose odlazak u mirovinu). Na kraju će se ipak veći broj ljudi prilagoditi novom poslu, a oni koji su radili visokostresne poslove mogu odlazak u mirovinu doživjeti kao olakšanje.

Zadovoljstvo u mirovini povezano je s doživljajem osobne kontrole nad događajima u životu (uključujući odluku o odlasku u mirovinu).

Jasno je, dakle, da postoje **velike individualne razlike u reakcijama na odlazak u mirovinu** koje ovise o:

- crtama ličnosti
- okolini i socijalnim faktorima
- stavu prema društvu i kulturi

Odlazak u mirovinu bolje podnose:

- pozitivno orijentirane ličnosti
- optimisti
- osobe koje su tijekom svog radnog vijeka imale niz socijalnih kontakata i sporednih zanimanja (hobija) koja donose emocionalno zadovoljstvo (ne novac)
- osobe koje imaju zadovoljavajuće bračne odnose
- osobe kojima je raspoloživa socijalna podrška

Negativno orijentirane ličnosti i pesimisti odlazak u mirovinu mogu doživjeti kao šok na koji reagiraju apatijom i izolacijom, a ponekad i depresijom (koja može povećati rizik za suicid). U slučajevima depresije svakako je nužno liječenje.

Prevencija teškoća zbog odlaska u mirovinu može uključivati:

- pripremu za mirovinu
- održavanje dobrog odnosa s okolinom u kojoj osoba živi i radi
- izbor hobija i radne aktivnosti (žene u prednosti)
- dobro organizirano slobodno vrijeme
- prihvaćanje procesa starenja kao normalnog životnog tijeka
- dobru prilagodbu i samostalnost i u savladavanju drugih životnih problema
- institucionalnu organizaciju aktivnosti (gerontološki klubovi, zdravstvene, rehabilitacijske i rekreacijske institucije i sl.)

5.1.5. Smrt supružnika

U starijoj dobi, na žalost, ljudi su suočeni s mnogim gubicima među kojima je i smrt supružnika što predstavlja jaki stres i zahtijeva velike napore prilagodbe na nove okolnosti života. Žene češće ostaju udovice zbog toga što duže žive i rjeđe stupaju u novi brak, za razliku od muškaraca, a često ih opterećuju i financijski problemi.

U prilagodbi na udovištvo izuzetno je važna **socijalna podršk**a. Najveći problem za nedavno obudovjele osobe jest **usamljenost**.

Osobe koje rade sa starim ljudima češće se sreću s problemima žalovanja pa se zbog toga čini važnim naučiti prepoznavati znakove normalnog i patološkog žalovanja.

Simptomi normalnog žalovanja:

- tjelesni simptomi
- nemir
- krivnja uz osjećanje da se nije učinilo dovoljno za pokojnika
- zaokupljenost likom pokojnika
- samooptuživanje
- nesposobnost organiziranja osobne dnevne djelatnosti
- hostilnost prema liječnicima i onima koji su skrbili za pokojnika
- nesanica
- gubitak teka

Simptomi poremećenog žalovanja:

- napadaji tjeskobe i straha
- preuzimanje simptoma bolesti od koje je pokojnik bolovao i umro
- nepromišljeni poslovni poduhvati
- apatija
- destruktivno ponašanje prema sebi
- agitirana ili zakočena depresija
- pretjerana aktivnost bez osjećaja gubitka

Kako komunicirati s osobama koje su u žalovanju?

- slušati
- slati poruke kako su svi osjećaji u toj situaciji normalni
- omogućiti da razgovaraju o umrlom kada žele i mogu
- reći da vam je žao zbog gubitka i boli koju osjećaju
- ohrabriti ih da imaju strpljenja sa sobom i da si daju vremena za tugovanje
- uvjeriti ih da su učinili sve što su mogli
- uvjeriti ih da je normalno da sada ne funkcioniraju kao ranije, da nisu jednako učinkoviti kao prije na poslu, u obitelji i sl.
- uvjeriti ih da je dobro tražiti pomoć bližnjih

Pri susretu s onima koji tuguju

NE TREBA:

- izbjegavati takve susrete zato što je vama neugodno ili zato što se osjećate bespomoćno
- reći da znate kako se osjećaju osim ako i sami niste imali takav gubitak
- izbjegavati započeti razgovor o umrlom zbog bojazni da ćete ih podsjetiti na njihovu bol
- izbjegavati razgovor o umrlome ako ga je osoba koja tuguje već započela
- reći kako bi se trebali osjećati, što bi trebali raditi ili im propovijedati (“moraš biti jak” i sl.)
- od sebe očekivati da ćete utješiti osobu koja tuguje i da će prestati biti tužna

6. PSIHOLOŠKI PRISTUPI U SKRBI ZA STARIJE LJUDE

Cilj: Steći znanja o osnovnim modelima psihološkog pristupa u radu sa starima i cjelovite skrbiza stare osobe

Tijek: Razgovor sa sudionicima o njihovom poznavanju uvjeta u ustanovama za skrb o starima i eventualnim iskustvima u skrbi za nekog od članova obitelji

6.1. Cjelovita skrb za starije ljude

Cilj skrbi za starije osobe jest postizanje optimalnog starenja kroz poboljšanje kvalitete života zdravih i bolesnih starijih osoba. Pristup osoba koje skrbe o starijem čovjeku može podići kvalitetu života u starosti.

Cjelovita skrb za starije ljude trebala bi uključivati:

- preventivno djelovanje u lokalnoj zajednici radi poticanja aktivnosti i povoljnog zdravstvenog ponašanja starijih osoba da bi se povećala kvaliteta njihovog života i spriječila prerana pojava bolesti i nemoći
- pružanje potrebne usluge skrbi osobama narušenog zdravlja u njihovu domu kako bi što duže ostali kod kuće
- uključivanje dopunske usluge doma za starije osobe u lokalnoj zajednici (poludnevni ili cjelodnevni boravak) za one osobe koje ne mogu biti same kod kuće
- smještaj u dom za starije osobe o kojima nema tko skrbiti kod kuće, po mogućnosti što bliže njihova doma
- usluge izvaninstitucionalne skrbi osobama smještenim u ustanovu, kao npr. savjetovalište, posjete volontera i sl. (Despot Lučanin, 2006.).

Zbog čega je smještaj u ustanovu veliki izvor stresa?

- preseljenje u novu sredinu (bez iluzija o povratku, zadnje utočište) samo je po sebi izvor stresa
- uvjeti u domovima:
    - skrb za uvjete u domu (urednost i red) može biti na vrlo visokoj razini, ali često se zanemaruju mogući tretmani za poboljšanje psihičkog stanja
- često podržavanje ovisnosti (npr. brže je nahraniti usporenog klijenta s tremorom nego čekati da pojede sam)

- manjkave tjelesne aktivnosti što može imati za posljedicu mišićno propadanje

Stručni djelatnik može ublažiti stres starijih osoba na sljedeći način:

- poticati samozbrinjavanje – oslanjati se na očuvane sposobnosti
- pomoći da održe kontrolu nad vlastitim životom i sami donose odluke
- pružiti im osjećaj zaštite i sigurnosti
- poticati neovisnost kod onih kod kojih je to moguće, pomoći onima koji su onesposobljeni
- poštovati iskustvo starih osoba (kod nekih i mudrost) i njihovu različitost
- pružiti socijalnu i emocionalnu podršku
- omogućiti dostojanstvenu smrt poštujući osobnost do kraja

Intervencije za očuvanje kvalitete života u starosti, očuvanje ili poboljšanje kvalitete života u starosti krajnji je cilj svake stručne pomoći u starijoj dobi. Osim primjene stručnih postupaka, preporuča se:

- procjena općeg stanja, zadovoljstva životom i potreba starije osobe
- praćenje učinkovitosti intervencija povremenim ponovnim procjenama
- spremno reagiranje na promjene u potrebama svake osobe
- usklađivanje različitih intervencija: zdravstvenih, psiholoških i socijalnih

6.2. Psihoterapija starijih osoba

Stručnjaci koji imaju iskustva u psihoterapiji sa starijim osobama navode da je vrijedna za pacijenta i da pruža nagradu terapeutu, a oni koji nisu radili sa starijima tvrde da starije osobe ne mogu imati koristi od psihoterapije. Studije slučaja i kontrolirana istraživanja ukazuju na pozitivne ishode psihoterapije sa starijima. U radu sa starijima nužne su određene prilagodbe ciljeva psihoterapije imajući na umu promjenu u razvojnim zadacima koja se događa sa starenjem. Činjenica je, međutim, da stariji ljudi češće primaju terapiju lijekovima ili ih se smješta u bolnice (ustanove).

U terapiji starijih važno je voditi računa da:

- iako stariji ljudi imaju neke zajedničke tjelesne i psihičke značajke oni imaju svoju povijest, jedinstvenost vlastitog iskustva i svojih osobina
- emocionalna patnja starijih osoba može biti realistična reakcija na stvarne životne probleme (npr. tjelesnu onesposobljenost, manjak socijalne podrške, materijalne teškoće, gubici) – nije svaka patnja psihopatologija!)
- stariji ljudi češće brinu zbog skore smrti

7. ZAKLJUČAK:

Starenje je prirodan i postupan proces koji ljude ne čini manje vrijednima, lošijima i koji ih ne uniformira. I u starosti se ljudi razlikuju jedan od drugoga i zadržavaju svoju jedinstvenost. Stari ljudi, jednako kao i mladi, tuguju i vesele se, plaše se i pokazuju hrabrost i odlučnost u nekim situacijama, strepe, brinu se i imaju potrebu za pripadanjem, poštovanjem i podrškom. I stari ljudi teže uzajamnosti: daju i primaju od drugih, svaki na svoj osobiti način.

Kao i u komunikaciji s pripadnikom bilo koje druge dobne skupine, nužno je slušati i gledati, osloboditi se predrasuda i, čak i onda kada su stavovi druge osobe suprotni od naših, iskazati neslaganje ne dovodeći u pitanje integritet i pravo druge osobe da bude različita. U komunikaciji sa svim ljudima trebalo bi slijediti pravilo da se drugom ne čini ništa što ne bismo željeli da netko nama radi.

I, na kraju, u komunikaciji sa starima ne treba nikada zaboraviti da svi starimo.

8. LITERATURA:

1. Ambrosi-Randić N., Plavšić M. (2008.). Uspješno starenje. Pula: Sveučilište Jurja Dobrile, Istarska županija, društvo psihologa Istre.
2. Berk L. E. (2008.). *Psihologija cjeloživotnog razvoja.* Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Despot Lučanin, J. (2003.). *Iskustvo starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
4. Despot Lučanin J. (2011.). *Psihologija starenja i gerontologija*, Skripta. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
5. Hess T. M. (2006.). Attitudes toward Aging and Their Effects on Behavior. U: Handbook of the Psychology Aging. Academic Press.
6. Johnson M. L. (2005.).The Cambridge Handbook of Age and Ageing. Cambridge University Press.
7. Lacković-Grgin K., Ćubela Adorić V. (2005.). Odabrane teme iz psihologije odraslih, Jastrebarsko: Naklada Slap.
8. Lerner R. M., Easterbrooks M. A., Mistry J. (2003.). Developmental psychology, Wiley and Sons.
9. Lučanin D., Despot Lučanin J.(2010.), *Komunikacijske vještine u zdravstvu,*. Jastrebarsko: Naklada Slap i Zdravstveno veleučilište.
10. Pečjak V. (2001.). Psihologija treće životne dobi. Zagreb: Prosvjeta.
11. Schaie, K.W., Willis, S.L. (2001.). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
12. Woodruff-Pak D. S. (1997.). The Neuropsychology of Aging. Blackwell Publishers.

2. cjelina Gerijatrija i ge rontologija Dr. sc. Nada Tomasović Mrčela

1. STARENJE I STAROST NARODA I POJEDINCA

Cilj: definirati osnovne pojmove iz gerontologije i gerijatrije, upoznati sudionike s osnovnim demografskim pokazateljima o starenju naroda te s individualnim procesom starenja.

Tijek rada: proučiti glosarij o starosti i starenju; riješiti pretest o starenju i ispuniti semantički diferencijal o stavovima prema starenju i starosti (Izvor: CZG ZJZ „Dr. A. Štampar“), proučiti grafičke prikaze o povećanju udjela starijih u ukupnoj populaciji Hrvatske i EU, predavanje, rad u malim grupama, rasprava.

1.1. Što je starost i starenje?

Starenje je prirodan, normalna fiziološka pojava koja je izrazito individualna za svakog čovjeka (1). Svaki čovjek drugačije stari tako da je populacija starije životne dobi prepoznata kao heterogena skupina (2). Proces starenja definiramo kao progresivan, stalan i postupan proces smanjenja strukture i funkcije organa i organskih sustava (1, 3).
Istraživanja starenja su poglavito usmjerena na procese starenja koji se zbivanju tijekom čitavog života i promjene funkcije organizma starije osobe uslijed patološkog procesa (3). Brojne su predrasude i pogrešni stavovi da je starost nužno povezana s funkcionalnom onesposobljenošću i bolešću, međutim posve je jasno da starenje i bolest nisu sinonimi (1, 2).

Različite su teorije starenja; genetske teorije starenja (teorija pogreške, teorija somatske mutacije, teorija programiranog starenja), fiziološke teorije starenja (teorija slobodnih radikala), teorije promjene funkcije organa i mnoge druge (3).
Gerontologija je znanost (4) koja proučava promjene organizma tijekom starenja (s bioloških, psiholoških i socijalnih aspekata starenja). U području javnog zdravstva gerontologija je uža specijalizacija.
Gerijatrija (grč. Geron-starac, iatreia – liječiti) je medicinska znanost koja se bavi proučavanjem, sprječavanjem i liječenjem bolesnih stanja u starijoj životnoj dobi (3).
Gerijatrija je definirana specijalizacija po UEMS-i.

Starost definiramo kao određeno životno razdoblje povezana s kronološkom dobi (1). U skladu s klasifikacijom **UN**-starije osobe su od 65 godina i više (5).

Trodijelna podjela prema SZO na raniju starost (65-74 godina), srednju (75-84 godina) i duboku starost od 85 i više godina, često se primjenjuje u gerontološko-javnozdravstvenim analizama poglavito pri utvrđivanju, proučavanju ili praćenju zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti starijih osoba (2,4).

Kronološka starost za osobe ≥ 65 godina nije istovjetna s njihovom biološkom starosti (1).

Starija populacija je i vulnerabilna skupina s učestalijom pojavnošću multimorbiditeta i funkcionalne onesposobljenosti kod gerijatrijskih bolesnika (5).

Funkcionalna sposobnost podrazumijeva sposobnost pojedinca za obavljanje svih svakodnevnih životnih aktivnosti koje osiguravaju primjereno kvalitetno življenje, a uključuje biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje (6).

U povijesti medicine već je Hipokrat (460-377. p.n.e.) opisivao bolesti koje su češće u starijoj dobi: otežano disanje, lokomotorne tegobe, nagluhost, mrena i dr. (3).

Naziv gerijatrija promoviran je 1909. godine zaslugom dr. Ignaza Natschera (1863-1944.), liječnika iz SAD-a (4).

Prepoznat je atipični tijek mnogih bolesti u starijoj životnoj dobi te brojne specifičnosti starije populacijske skupine i zdravstvene zaštite starijih osoba (3).

Uslijed smanjenja prirodnog priraštaja, porasta općeg standarda i unapređenja zdravstvene zaštite, u Hrvatskoj kao i u razvijenim zemljama svijeta dolazi do produženja životnog vijeka i povećanja starije populacije (1).

U popisnoj 2001. godini u Hrvatskoj je udio starijih ≥ 65 godina u sveukupnom pučanstvu iznosio 15,62%, dok je procjena za 2011. iznosila **17,09%** (4,5). Prema spolnoj diferencijaciji starijeg pučanstva Hrvatske, 2011. je procijenjeno 20,14 % ženskog i 13,81 % muškog stanovništva (4). U Hrvatskoj možemo vrlo skoro očekivati da je svaki peti stanovnik stariji od 65 godina. Prema klasifikaciji UN-a, Hrvatsku se s udjelom osoba starijih od 65 godina u ukupnom stanovništvu ubraja u 4. skupinu, odnosno u skupinu zemalja s **„vrlo starim pučanstvom“** (7).

Procjena očekivanog trajanja života u Hrvatskoj za 2006. godinu je iznosila 79,3% za žene i 72,5% za muškarce (4).

Prema gerontološko-javnozdravstvenim analizama, ubrzano rastuća skupina stanovništva u Hrvatskoj (1,4) je upravo populacija starijih osoba iznad 85 godine života (2006. godina: 5,52 % osoba u dubokoj starosti je u ukupnom starijem pučanstvu Hrvatske).

U Hrvatskoj se bilježi konstantan demografski trend povećanja populacije starijih osoba, što ima značajne implikacije na gospodarstveni sustav, zdravstveni i mirovinski sustav, sustav socijalne skrbi, promet, graditeljstvo, poljoprivredu, znanost, turizam s osobitim naglaskom na turizam zdravlja za starije europsko pučanstvo (4).

To su veliki izazovi i za sustav obrazovanja u pripremi zdravstvenih djelatnika različitih profila prema povećanoj potražnji zdravstvenih usluga za gerijatrijsku populaciju. Međutim, samo na taj način zdravstveni sustav može odgovoriti zahtjevima za pružanje primjerene, dobro organizirane i dostupne zdravstvene zaštite starijih osoba uz očekivanu racionalizaciju troškova.

2. ZDRAVO I BOLESNO STARENJE

Cilj: opisati normalno (fiziološko) starenje i očekivane promjene u organima i organskim sustavima.
Tijek rada: predavanje, rasprava o fiziološkom procesu starenja.

2.1. Normalno (fiziološko) starenje

2.1.1. Promjene u organima i organskim sustavima tijekom starenja

Vid. U starijoj životnoj dobi povećava se incidencija mnogih očnih bolesti i promjena poput pojave letećih mutnina (mušica) pred očima, smanjivanja vidnog polja i gubitka vida (1,3). Uz proces starenja veže se česta pojava gubitka prozirnosti leće (katarakta) i staračka dalekovidnost (presbiopija) (3). Poznato je da starijim osobama treba više vremena za prilagodbu promjenama svjetla (1).
Sluh. U procesu starenja osjetilo sluha nerijetko slabi za više frekvencije, što je izrazitije kod starijih muškaraca nego žena (1). Staračka nagluhost (presbiakuzija) je progresivna, simetrična nagluhost, u kojoj je šum u uhu česti popratni simptom, kao i teže podnošenje buke (3).
Njuh i okus. Poznato je da u starijoj životnoj dobi često slabi osjet njuha i okusa, o čemu posebno treba voditi brigu kod pripreme hrane (1).
Mišići i kosti. U starijoj životnoj dobi se smanjuje mišićna masa (gotovo za trećinu, u usporedbi s dobi od 30 do 80 godina), što je poglavito posljedica tjelesne neaktivnosti (1,3). Mineralni sastav kosti (kalcij) osobito se gubi kod žena nakon menopauze.
Disanje. Starija osoba često otežano udiše i izdiše zrak u usporedbi s mlađima, zbog smanjenja elastičnosti pluća i sternokostalnih zglobova, te apsorpcijske površine pluća (1). Starenjem se smanjuje vitalni kapacitet pluća, forsirani ekspiracijski volumen, minutni volumen, primitak kisika, a raste funkcijski rezidualni kapacitet (3). Zbog toga se za starije osobe preporučuju vježbe disanja po liječničkim uputama, te boravak na svježem zraku i u okolišu bogatom zelenilom.
Srčano-žilni sustav. Starenjem dolazi do brojnih promjena u srčano-žilnom sustavu, tako da se u starijih osoba očekuje otvrdnuće stijenki arterija, promjena minutnog volumena i

periferne resistencije, te smanjena frekvencija srca (3). Poznato je da u starije populacije često dolazi do povećanja sistoličkog tlaka, što je rizični čimbenik za nastanak mnogih bolesti (1). Starenjem se smanjuje aktivnost autonomnog živčanog sustava i osjetljivost na baroreceptore, uslijed čega se pojavljuje ortostatska hipotenzija (3).

Jetra. Starenjem se smanjuje težina jetre i protok krvi, dok histološke promjene nerijetko pokazuju propadanje hepatocita i pojavu masne infiltracije kod starijih osoba (1,3). Mikrosomalna aktivnost jetre kod starijih osoba je također niža te nastaje pojačana osjetljivost (1) na neke lijekove (npr. barbiturate). Kolecistolijaza (žučni kamenci) je češća kod starijih u odnosu na mlađe osobe (3).

Bubrezi. U starosti dolazi do organskih i funkcijskih promjena u bubrezima, poput smanjenja ukupne mase bubrega i funkcije nefrona (1,3). Perfuzija bubrega se također smanjuje već od četvrtog desetljeća života, a glomerulska filtracija u dobi od 90 godina može biti za 50% niža u odnosu na dob od 40 godina (3). U starijoj životnoj dobi dolazi do smanjena sposobnosti održavanja vode i soli u organizmu, te je jako značajno uzimati dovoljno tekućine (1,3).

Visina. Poznato je smanjenje visine u starijoj dobi, zbog smanjivanja mišića koji podupiru tijelo i diskusa koji se nalaze između kralježaka te kao posljedica nepravilnog držanja (1).

Mozak. Starenjem dolazi do (3) smanjenja težine mozga, za oko 7% (što nije nužno povezano sa smanjenom funkcionalnom sposobnošću moždanog tkiva). Gerontološka istraživanja upućuju da se kod starijih osoba koje su psihički aktivne, umne sposobnosti mogu čak unaprijediti (1).

Probavni sustav. U starijoj životnoj dobi smanjuje se motilitet jednjaka, povisuje se ph želučanog soka (što utječe na pojavnost gastritisa), a česta je kronična začepljenost (opstipacija) i divertikuloze (3).

Starenjem dolazi do smanjenja bazalnog metabolizma tako da se zbog toga preporučuje smanjenje unosa kalorija hranom za oko 15 % (1).

Koža. Elastičnost kože se gubi starenjem, nastaju nepravilnosti u pigmentaciji i bore. Starenjem epidermis postaje tanji, a smanjuje se potkožno masno tkivo i tako gubi svojstvo izolatora topline (3,8). Isto tako u starosti se smanjuje senzorna percepcija, a povećava prag boli (3).

Endokrini sustav. Starenjem dolazi do promjena gušterače što utječe tako da je tolerancija glukoze smanjena (3). Nadbubrežna žlijezda se također smanjuje i fibrozno mijenja, pa je koncentracija aldosterona niža kod starijih nego kod mladih osoba (9). Također se smanjuje

štitna žlijezda, promjer folikula i hormon T3 (3). U starijih žena cirkulacijska količina parathormona dvostruko je veća od starijih muškaraca (što se povezuje s osteoporezom) (9). **Reproduksijski sustav.** U starosti kod muškaraca prostata postaje veća uslijed povećane količinae veziva (3). Kod žena u starijoj životnoj dobi dolazi do pojave atrofičnih promjena u urogenitalnom sustavu (3, 10). Količina androgena u urinu je smanjena kod starijih muškaraca, a kod žena količina estrogena (3).

2.2. Patofiziologija starenja

Cilj:

- upoznati sudionike s čimbenicima bolesnog starenja, raspravljati o tome kako spriječiti bolest u starijoj životnoj dobi;
- prikazati program mjera primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije osobe;
- analizirati pobol, smrtnost i hospitalizacije osoba starije životne dobi;
- raspravljati o najčešćim uzrocima pobola i smrtnosti u starijih osoba (bolesti cirkulacijskog sustava i rak);
- upoznati sudionike sa specifičnostima palijativne skrbi u starijoj životnoj dobi.

Tijek rada: predavanja, rasprava o suodgovornosti samog gerijatrijskog bolesnika i gerontološkog tima za pojedino negativno zdravstveno ponašanje, o mjerama prevencije za starije osobe te o obilježjima bolesnog starenja. Primjena metode problemom usmjerenog učenja na specifičnosti palijativne skrbi u starijoj dobi.

2.2.1. Čimbenici bolesnog starenja

U svrhu sprječavanja bolesti i ovisnosti starijih o tuđoj njezi i pomoći, potrebno je pravovremeno utvrditi funkcionalnu onesposobljenost, rizične čimbenike za nastanak bolesnog starenja te negativno zdravstveno ponašanje (4).
Čimbenici bolesnog starenja su: debljina, pothranjenost i nepravilan unos hrane, pušenje, alkoholizam, tjelesna neaktivnost ili neprimjeren tjelesni napor, nepravilno uzimanje lijekova, psihička neaktivnost, loša osobna higijena i nehigijena okoliša, i drugi (1). Za nastanak i

razvoj čimbenika bolesnog starenja odgovorni su različiti oblici negativnog zdravstvenog ponašanja starijih osoba (4).

2.2.1.1. Suodgovornost za primjenu pozitivnog zdravstvenog ponašanja u starijoj životnoj dobi

Suodgovornost za pozitivno zdravstveno ponašanje u starijih osoba podijeljena je između same starije osobe, njene obitelji i multidisciplinarnog tima stručnjaka različitih profila u zdravstvenoj zaštiti starijih osoba (11-12).

2.2.2. Kako spriječiti bolest u starijoj životnoj dobi?

Osnovnim obuhvatom preventivnih mjera u općoj/obiteljskoj medicini (4) možemo spriječiti čitav niz bolesti/stanja kod starijih osoba, poput: šećerne bolesti, debljine/pothranjenosti, hipertenzije, cerebrovaskularnih bolesti (moždani udar), kardiovaskularnih bolesti, novotvorina (Ca dojke, jajnika, prostate, pluća, debelog crijeva), osteoporoze (prijelomi), inkontinencije, dekubitusa, duševnih poremećaja (demencije, Alzheimerove bolesti, depresije), respiratornih bolesti (gripe, upale pluća).
Sveobuhvatna primjena primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije osobe nužna je zbog osiguranja zdravog aktivnog i produktivnog starenja i zadovoljenja zdravstvenih potreba populacije starijih osoba (6).

2.2.2.1. Program mjera primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije osobe

U primarnu prevenciju za starije osobe uvrštene su mjere: utvrđivanje, evidencija, praćenje, proučavanje i evaluacija zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti starijih osoba u ranijoj, srednjoj i dubokoj starosti, korisna mediteranska prehrana, uklanjanje prepreka u cilju sprječavanja ozljeđivanja u kući, umjereno izlaganje sunčevoj svjetlosti i neizlaganje hladnoći, psihička aktivnost, individualno savjetovanje zdravih starijih i bolesnih starijih osoba, cijepljenje i docjepljivanje za sve starije osobe od 65 i više godina (u vrijeme epidemija gripe, protiv pneumokokne pneumonije jednom u 5 godina, protiv tetanusa u 60-oj godini) stručni tiskani materijali namijenjeni zdravstvenom odgoju starijih osoba (pamtilice, brošure, priručnici), materijali za računalnu i audiovizualnu primjenu, savjetovanje s ciljnim

skupinama starijih ovisno o zdravstvenom stanju, funkcionalnoj sposobnosti (programi pripreme za starost, mirovinu, radionice i stvaraonice), poticanje samoodgovornosti za zdravlje i očuvanje funkcionalne sposobnosti u starijoj dobi i druge mjere (4,6).

Mjere sekundarne prevencije za starije osobe obuhvaćaju sljedeće: primjena i provođenje sistematskih pregleda u 50., 65., 75. i 85-oj godini života, provedba ciljnih preventivnih pretraga poput kontrole krvnog tlaka, kontrole šećera u krvi, lipida i kolesterola, slabokrvnosti, procjena stanja uhranjenosti, pregled zubala, pregled vida i sluha, detekciju inkontinencije, psihičkih poremećaja, bakteriološki pregled sputuma, po potrebi radiografski pregled pluća, test okultnog krvarenja, mamografija, digitorektalni pregled i druge mjere (4).

Mjere tercijarne prevencije za starije osobe čine: mjere reaktivacije i reintegracije gerijatrijskog bolesnika, mjere pripreme gerijatrijskog bolesnika za određene terapeutske i dijagnostičke postupke, mjere održavanja i razvoja preostale funkcionalne sposobnosti gerijatrijskog bolesnika, preventivne mjere namijenjene teško pokretnom funkcionalno onesposobljenom starijem bolesniku (prevencija dekubitusa, hipostatske pneumonije, kontraktura, inkontinencije, tromboflebitisa, edema, atrofije mišića) i druge mjere (6).
Geroprofilaksa je skup zaštitnih mjera za sprječavanje bolesti kod starijih osoba ili mjera koje sprječavaju (odgađaju) starost, a obuhvaća farmakološku geroprofilaksu, fizijatrijsku geroprofilaksu, te geroprofilaksu putem psiholoških i socijalnih postupaka (3).

2.2.3. Pobol, smrtnost i hospitalizacije osoba starije životne dobi

U svijetu se sve veći značaj posvećuje bolesnim stanjima koja u starijom životnoj dobi često dovode do funkcionalne onesposobljenosti poput kardiovaskularnih bolesti, hipertenzije, cerebrovaskularnih bolesti, diabetes mell., raka, kronične obstruktivne plućne bolesti, osteomuskularne bolesti (osteoporoza, arthritis), mentalnih poremećaja (demencija, depresija) sljepoće i vidnih poremećaja (13).
Gerontološko-javnozdravstvene analize pokazuju da konstantan rast populacije starijih osoba mijenja i strukturu korištenja zdravstvene zaštite u Hrvatskoj, tako da bilježimo povećani udio hospitaliziranih gerijatrijskih bolesnika od 28,81% u 2004. do 33,20% u 2006. godini u ukupnom broju hospitaliziranih osoba (4).

Najučestaliji uzrok hospitalizacija i smrtnosti kod starijih osoba u Hrvatskoj su **bolesti cirkulacijskog sustava i rak** (4).

Bolesti cirkulacijskog sustava su uzrok smrti u više od 2/3 umrlih starijih osoba u Hrvatskoj (11). Epidemiološki podaci o koronarnoj bolesti, cerebrovaskularnim bolestima, opstrukciji perifernih krvnih žila su kliničko očitovanje koje upućuje na posljedicu ateroskleroze, dok o učestalosti ateroskleroze nema točnih podataka (2,14).

Prema definiciji, ateroskleroza (14) je najčešće oštećenje arterija – suženje lumena žila zbog lokalnog zadebljanja intime (aterom ili plak, grč. athera-kaša, skleros-rigiditet).

Uslijed ateroskleroze sužava se lumen žile što dovodi do hipoksije tkiva.

Proces ateroskleroze (3,14) započinje oštećenjem endotelnih stanica uslijed povećene vrijednosti LDL u krvi, pušenja, mehaničkih razloga (hypertensio art.) i drugih razloga te nastaju nakupine makrofaga i glatkih mišićnih stanica pretrpane s lipidima (pjenaste stanice).

U starijoj životnoj dobi dolazi do smanjenja elastičnosti stijenki krvnih žila i aterosklerotičnih promjena što, uz povećani krvni tlak koji je prepoznat kao jedan od rizičnih čimbenika za nastanak bolesnog starenja, utječe na pojavnost bolesti cirkulacijskog sustava (15).

2.2.3.1. Čimbenici rizika za nastanak ateroskleroze

Specifične su značajke osobe i njenih životnih navika koje su rizični čimbenik za nastanak ateroskleroze:

- muški spol – smrtnost od ateroskleroze koronarnih krvnih žila veća je kod muškaraca nego kod žena;
- psihološki profil (tip a – ambiciozne, agresivne, prodorne osobe) imaju 2 puta veći rizik za koronarnu bolest;
- pušenje cigareta;
- pretilost centralnog ili abdominalnog tipa;
- hiperlipidemija (povećanje ldl kolesterola i smanjenje hdl);
- hipertenzija;
- povećani homocistein u krvi – više od 12 mmol/l, djeluje aterogeno (mijenja funkciju endotela, nepovoljno utječe na sustav zgrušavanja krvi);
- nedostatna tjelesna aktivnost;
- nasljeđe kao rizični čimbenik (obiteljska anamneza) i drugi čimbenici (14).

2.2.3.2. Rak u starijoj životnoj dobi

Starija životna dob (16) je rizični čimbenik za nastanak raka (uz zastupljenosti zloćudnih bolesti u obitelji te izloženost kancerogenima). U Hrvatskoj je dojka za žene, a karcinom pluća i bronha za muškarce vodeće sijelo raka u smrtnosti osoba starijih od 65 godina (5).

Visoko rangirane incidencije najčešćih sijela raka u Hrvatskoj su:

- u muškaraca starijih od 65 godina: bronh i pluća, prostata, debelo crijevo, želudac, mokraćni mjehur;
- u žena starijih od 65 godina: dojka, debelo crijevo, bronh i pluća, želudac, tijelo maternice (16,5).

Poznato je da se oko 2/3 karcinoma dijagnosticira u starijoj životnoj dobi, te da je rak iza bolesti srca i krvnih žila najznačajniji uzrok smrti za starije osobe u razvijenim zemljama svijeta (16).

Nerijetko su stope incidencije raka (ovisno o sijelu raka) višestruko povećane u populaciji starijih ljudi u odnosu na mlađe, što upućuje na primjenu mjera prevencije;

Primarna prevencija zloćudnih bolesti u starijih osoba:

- usvajanje zdravih životnih navika, počevši od mladosti;
- sprječavanje i smanjenje izloženosti promjenljivim čimbenicima rizika za nastanak raka (5).

Sekundarna prevencija zloćudnih bolesti u starijih osoba:

- provodi se odgovarajućim testovima i postupcima nakon što se analiziraju regionalni i nacionalni epidemiološki podaci te odnos dobrobiti i rizika za pacijenta;
- ciljani sistematski pregledi i pretrage za rano otkrivanje raka u okviru definiranog programa osnovnih preventivnih zdravstvenih mjera za starije osobe (5,4).

Tercijarna prevencija zloćudnih bolesti u starijih osoba:

- usmjerena je rehabilitaciji, psihosocijalnoj podršci te održavanju preostale funkcionalne sposobnosti starije osobe;
- sprječavanje i otklanjanje komplikacija (dekubitus, inkontinencija, kontrakture i dr.) u funkcionalno onesposobljenog starijeg čovjeka (5).

Preživljavanje od raka se smanjuje s dobi zbog težeg podnošenja agresivnih onkoloških terapija, fizioloških procesa starenja, funkcionalne onesposobljenosti, multimorbiditeta i dr. (16).

Zbog svih specifičnosti gerijatrijske populacije oboljele od raka, program mjera prevencije treba započeti u što ranijoj životnoj dobi. Program osnovnih preventivnih zdravstvenih mjera se nastavlja na preporuke za rano otkrivanje raka u srednjoj životnoj dobi.

2.2.4. Specifičnosti palijativne skrbi u osoba starije životne dobi

Palijativna skrb je usmjerena kontroli boli i simptoma, podršci obitelji i davateljima skrbi te koordiniranju potrebnih zdravstvenih usluga u krajnjem dijelu progresivne neizlječive bolesti (17). U palijativnoj skrbi primarni cilj je olakšati patnju i povećati kakvoću života do smrti bolesnika (3). Nužno je pri tome poštivati sustav vrijednosti starijih osoba, njihovo iskustvo i želju da sudjeluju u donošenju odluka (5).

Nezamjenjiva je uloga interdisciplinarnog tima (liječnik, medicinske sestre, fizioterapeuti, socijalni radnik, svećenik i dr.) i posebno obrazovanih dobrovoljaca s komunikacijskim vještinama, empatijom i senzibilitetom za ljudske i kulturalne vrijednosti (17).

Interdisciplinarni tim planira i anticipira zdravstvene usluge, pomoć i podršku za bolesnika i njegovu obitelj (3,17).

Gerijatrijski bolesnici ponekad prikrivaju simptome (5), najčešće u želji da poštede svoje bližnje, tako da je u palijativnoj skrbi potrebno aktivno tražiti simptome kod starije osobe (ponekad zdravstvene tegobe i simptomi nisu jasno uočljivi).

Interdisciplinarni tim treba posvetiti posebnu pozornost skupini bolesnika starije životne dobi koji trebaju palijativnu skrb, a žive u samačkoj obitelji, bez rodbine.

Progresivna neizlječiva bolest u starijih osoba često utječe na njihovu funkcionalnu sposobnost i pojavnost gerijatrijskog sindroma „4 N".

Tijekom palijativne skrbi za stariju osobu potrebno je redovno dnevno praćenje unosa tekućine, jer je poznato da su starije osobe sklone dehidraciji. Parenteralna primjena tekućine u terminalnoj fazi života može dovesti do plućnog edema i oteklina (3).

Koža starijih osoba je tanja, gubi elastičnost, što je rizik za pojavnost dekubitusa. Sukladno prihvaćenim postupnicima, prati se rizik za nastanak dekubitusa, pravodobna evaluacija i učinkovito liječenje dekubitalnih promjena (5). Potrebno je identificirati rizične čimbenike za nastanak malnutricije, koja je također predispozicija za nastanak dekubitusa.

Oboljeli od raka često imaju disfagije te je potrebno servirati manje obroke i konzistenciju hrane prilagoditi mogućnostima gutanja i žvakanja (5). Palijativna skrb se ne smije uvjetovati

dijagnozom ili dobi bolesnika, a potrebitom je treba pružiti pravovremeno, bez nepotrebnog odgađanja (17).

Različite socijalno-medicinske poteškoće i problemi mogu izazvati psihičku dekompenzaciju kod gerijatrijskog bolesnika (3).

Komunikacijske poteškoće su nerijetko prisutne kod zbrinjavanja boli i simptoma u gerijatrijskih bolesnika s dijagnozom demencije.

Pažljivo se promatra: facijalna ekspresija, pokreti, vokalizacija, ječanje, verbalizacija, promjene apetita, spavanje i dr. (5). Iz svega proizlazi da su nužne detaljne informacije i suradnja s osobom koja je najviše prisutna uz gerijatrijskog bolesnika tijekom palijativne skrbi.

Poznato je da stariji bolesnici uzimaju više lijekova (moguće interakcija) te nerijetko umanjuju iskaze o svojoj boli (skala za bol, procjenu može ometati smetnje vida i sluha), a treba uzeti u obzir i moguće smetnje pamćenja (5).

Svaka promjena ponašanja može ukazivati da gerijatrijski bolesnik u palijativnoj skrbi ima bolove. Na iskustvo boli (3) utječu i socijalni čimbenici (npr. osamljenost, napuštenost od obitelji), psihički (depresija, tjeskoba), duhovni (npr. osjećaj krivnje i opraštanja).

Primjerenu palijativnu skrb treba pružiti poštujući dostojanstvo, duhovne, religiozne te osobne potrebe gerijatrijskog bolesnika s progresivnom, neizlječivom bolesti (5,3).

3. STAROST KAO DIO ŽIVOTNOG CIKLUSA

Cilj: opisati starenje i faze obiteljskog ciklusa, raspravljati sa sudionicima o socijalno-medicinskim stresorima u starijoj životnoj dobi, upoznati sudionike s bio-psiho-socijalnim pristupom starijoj osobi i sveobuhvatnom gerijatrijskom procjenom, razmotriti ulogu opće/ obiteljske medicine u zaštiti zdravlja starijih osoba.

Tijek rada: predavanje, rasprava o ulozi obitelji za zdravlje i kvalitetu života starije osobe.

3.1. Starenje i faze obiteljskog života

Obitelj je praktična životna kategorija koju predstavljaju osobe koje žive zajedno kao primarna grupa i osnovna društvena zajednica (12).

Obitelj zadovoljava neke osnovne ljudske potrebe i društvene funkcije svojih članova (reprodukcija, odgoj, gospodarstvo, zaštita), a tipovi obitelji se diferenciraju s različitih aspekata tako da prepoznajemo nuklearnu obitelj, proširenu, nepotpunu, gradsku, seosku obitelj i dr. (12,18).

Razlikuju se pojmovi domaćinstva (ekonomski kriterij), braka (pravni kriterij), roda (kriterij krvnog srodstva) i obitelji (12), iako se velikim dijelom i preklapaju. Brojne su posebnosti samačkih staračkih domaćinstava na koje treba obratiti pozornost u pružanju usluga zdravstvene i socijalne skrbi.

Multidisciplinarni gerontološki tim (uz podatke i potporu člana obitelji na kojeg se može osloniti) u definiranom „obiteljskom ciklusu” (12) koji je povezan sa starenjem može prepoznati čitav niz problema i poteškoća starijih osoba.

Kronični socijalno-medicinski stresori su poglavito značajni za starije osobe (financijske teškoće, slabljenje vida i sluha, svađe u obitelji, bolovi i dr.), a mnogi događaji u starijoj životnoj dobi premda su očekivani mogu djelovati kao jaki stresori (liječničkih pregleda, potrebe za pomagalima i dr.) (3). Interakcija čitavog niza socijalno-medicinskih poteškoća starijih osoba međusobno (3-5) potiče bolest i onemoćalost (gerijatrijski domino efekt).

Obitelj je dinamična zajednica tako da promjena obiteljskog života generira različite tipove problema, dok rizični događaji (poput odlaska u mirovinu) zahtijevaju suočavanje s novom situacijom (12,18).

Faze obiteljskog života

Nastajanje obitelji, rođenje djeteta, obitelj sa školskim djetetom, obitelj s adolescentom, obitelj s odraslim djetetom, obitelj „ praznog gnijezda”, obitelj „starijih” (12).

U gerijatriji su osobito značajne faze: **obitelj „praznog gnijezda”**, **obitelj „starijih”.** Gerijatrijski bolesnik zahtijeva sveobuhvatni bio-psiho-socijalni pristup na nivou primarne zdravstvene zaštite koju pruža opća/obiteljska medicina (12,18,5).

3.2. Bio-psiho-socijalni pristup gerijatrijskom bolesniku

Osobita pozornost se posvećuje utvrđivanju i praćenju: (5)

- anamneze (heteroanamneze) i fizikalnog pregleda;
- zdravstvenih poteškoća i komorbiditeta;
- tjelesne kondicije i načina prehrane;
- pokretljivosti i psihičke samostalnosti bolesnika;
- procjene mogućnosti obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti (hranjenja, oblačenja, kupanja i dr.);
- senzornih sposobnosti (sluha, vida i dr.);
- primjene lijekova;
- negativnog zdravstvenog ponašanja (fizičke i psihičke neaktivnosti, pušenja, alkoholizma, nepridržavanja liječničkih uputa, nekontroliranoga uzimanja medikamenata i dr.);
- socijalnih čimbenika (obiteljskim odnosima, socijalnoj mreži i potpori gerijatrijskog bolesnika, financijskim mogućnostima, znakovima zanemarivanja i zlostavljanja starije osobe i dr.);
- pojavnosti gerijatrijskog sindroma 4 „N“, demencije, delirija, depresije, sklonosti padovima i dr.;
- ekoloških i higijenskih uvjeta života i dr.

Kod starijih osoba je značajno procijeniti njihov vrijednosni sustav, životna očekivanja, brige, strahove, toleranciju stresa te rizike za pojavnost funkcionalne onesposobljenosti u gerijatrijskog bolesnika (3).

Brojne su specifičnosti morbiditeta, fizičkog i psihičkog statusa, te gerijatrijskih sindroma tako da su u starijoj dobi učestalije kognitivne smetnje, depresija, usamljenost, poteškoće s vidom i sluhom, neadekvatan način prehrane, dehidracija, otežano kretanje i smanjenje tjelesne aktivnosti, znakovi inkontinencije i dr. čimbenici koji utječu na pojavnost funkcionalne onesposobljenosti (5).

Smanjena je sposobnost prilagodbe starijih osoba na vanjsku temperaturu zbog pojave oslabljene termoregulacije (3,5). Poznato je da starije osobe nerijetko obavljaju svakodnevne životne aktivnosti po ustaljenim navikama, jer su smanjene adaptacijske mogućnosti i s psihosocijalnog aspekta, te na taj način usklađuju razinu svoje umanjene funkcionalne sposobnosti s realnim potrebama (3).

U zdravstvenoj zaštiti starijih osoba nerijetko se kasno dijagnosticiraju bolesti jer se simptomi pripisuju procesu „starenja” (5).

Čimbenike koji povećavaju prevalenciju funkcionalne onesposobljenost treba poznavati i pravovremeno prepoznati. To zahtijeva interdisciplinarni pristup u zdravstvenoj skrbi za starijeg bolesnika uz potrebno uključivanje članova obitelji bolesnika te koordinaciju i komunikaciju na svim razinama zdravstvene zaštite za starije (11,18).

Brojne specifičnosti i zdravstvene potrebe starijih osoba (češća nagluhost, slabije pamćenje, usporeno kretanje) upućuju da treba osigurati dovoljno vremena za preglede, medicinske intervencije, komunikaciju i sveobuhvatnu gerijatrijsku procjenu (5).

Sveobuhvatna gerijatrijska procjena zasniva se na bio-psiho-socijalnom pristupu starijoj osobi u svrhu prevencije, liječenja i rehabilitacije gerijatrijskog bolesnika, te doprinosi pravodobnoj i primjerenoj gerijatrijskoj zdravstvenoj intervenciji (11).

Kod sveobuhvatne gerontološke procjene (3) otkrivaju se na prvi pogled skrivene poteškoće, tako da je napose uputno primijeniti kad se zdravstveno stanje starijeg bolesnika pogoršava, kod kritičnih događaja (smrt u obitelji), smještaja u ustanovu i dr.

Nedvojbeno je da socijalni indikatori (npr. siromaštvo) mogu biti povezani s bolešću. Složeni međuodnos psiholoških, socijalnih, ekoloških čimbenika utječe na zdravlje starije osobe, što implicira zahtjev za integriranim gerontološkim pristupom (4,6).

Čimbenici koji utječu na zdravlje i korištenje zdravstvene službe, a da pri tom nije riječ o bolestima, ozljedama ili vanjskim uzrocima, također su obuhvaćeni MKB klasifikacijom (ICD – XXI poglavlje): npr. teškoće na prilagodbu života u mirovini, sindrom „praznog gnjezda” i dr. (3).

Tim liječnika obiteljske medicine ima temeljnu ulogu u pružanju sveobuhvatne zdravstvene zaštite za starije osobe (3,18). Brojne su zdravstvene mjere i postupci u zdravstvenoj zaštiti starijih osoba koje su u domeni obiteljske medicine – pravodobno otkriti i korigirati anomalije vida i poremećenog sluha, sustavno otkrivati i liječiti hipertenziju i dijabetes, sanirati bolest lokomotornog sustava, briga o mentalnom zdravlju, promjena nezdravih stilova života i dr. (3,12).

4. POSEBNI PROBLEMI STARIJIH OSOBA:

4 „N“ u gerijatriji, gerijatrijski domino efekt, demencija, depresija, dekubitus, funkcionalna onesposobljenost (nemoć), delirij, zanemarivanje i zlostavljanje starijih osoba.

Cilj: upoznati sudionike sa specifičnim i učestalim problemima u starijoj životnoj dobi koji zahtijevaju individualni gerontološki pristup.

Tijek rada: predavanje, rasprava o specifičnostima morbiditeta i učestalim komplikacijama u gerijatrijskog bolesnika; proučavanje Bradenove skale, testa poremećaja mokrenja i Kegelovih vježbi; ispunjavanje testa znanja o dekubitusu.

4.1. Gerijatrijski sindrom

4 „N“ u gerijatriji su komplikacije koje nastaju u gerijatrijskog bolesnika: **nepokretnost, nestabilnost, nesamostalnost, nekontrolirano mokrenje** (4,6).

4.2. Gerijatrijski domino efekt

Gerijatrijski domino efekt je obilježje kod gerijatrijskog bolesnika koje nastaje kada bolest utječe na pojavnost funkcionalne onesposobljenosti ili zbog funkcionalne onesposobljenosti nastaje bolest (4).

4.3. Što je demencija?

Demencija se opisuje kao sindrom progresivnog oštećenja stečenih kognitivnih sposobnosti pri očuvanoj svijesti koje se očituju s promjenama u mentalnom statusu i ponašanju bolesnika (3,19). Demencija dovodi do intelektualnog propadanja središnjeg živčanog sustava u bolesnika s organskom bolesti, tako da su napose oštećene sposobnosti pamćenja, učenja, orijentacije, apstraktnog mišljenja i poimanja vidno-prostornih odnosa (3). Pojavnost demencije ometa bolesnika u njegovom profesionalnom i socijalnom funkcioniranju i može dovesti do potpune ovisnosti o drugima (19). Simptomi se javljaju na cjelokupnom psihičkom nivou ličnosti (npr. mišljenju, raspoloženju, psihomotorici, emocijama, volji), a svi se ti

deficiti očituju i na fizičkoj razini, što nerijetko dovodi do nemogućnosti obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti (3,20).

Njemački patolog Alzheimer (1906.) je povezao kognitivno propadanje s histološkim promjenama u mozgu (tzv. senilnim plakovima i neurofibrilarnim vretenima), a simptomi demencije opaženi su već davno tijekom povijesti (3).

Epidemiološki podaci provedenih istraživanja (SAD, Švedska, Velika Britanija) pokazuju da prevalencija demencije iznosi 9-14% u osoba starijih od 65 godina, a prema nekim istraživanjima 1/3 oboljelih nije sposobna za samostalan život (3,19). U Hrvatskoj je istraživanje 1986. godine pokazalo da je psihoorganske promjene imalo oko 14 % starijih od 65 godina (3).

Najčešći oblici demencije

U kliničkoj praksi se najčešće susrećemo s demencijom Alzheimerovog tipa (3). Uzrok **Alzheimerove demencije** (AD) nije poznat (19). Patološko-anatomski nalaz AD (3) je atrofija kore mozga (senilni plakovi, agregacija amiloidnih bjelančevina).

Bolest najčešće započinje s blagim promjenama u kratkotrajnom pamćenju ili pri obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti, a potom progresivno dolazi do smanjenja sposobnosti pamćenja, zapuštanja higijene, dezorijentiranosti, apatije, apraksije, agnozije, agitiranosti, anksioznosti, poremećaja u rasporedu spavanja i slično (20-21).

Simptomi se javljaju postupno, tako da u ranom stadiju bolest može biti neprepoznata. Gerijatrijske bolesnike koji boluju od AD u liječničku ordinaciju obično dovode članovi obitelji, skrbnici ili bliski prijatelji (20). AD ima progresivan tijek, u prosjeku 8 godina, a liječenje je za sada simptomatsko (3). Pri pregledu bolesnika s demencijom koristi se npr. MMS (Mini mental test) za procjenu kognitivnog oštećenja, a ovisno o kliničkoj slici primjenjuje se neuropsihologijska dijagnostika, radiološka dijagnostika – CT i dr. (3,19).

Potrebna je procjena stupnja kognitivnog oštećenja i praćenje bolesnika. AD djeluje na svakodnevnicu bolesnika i njegove obitelji, tako da je neophodna edukacija članova obitelji i samog bolesnika o tijeku bolesti, mogućnostima skrbi i usporavanja bolesti (20).

Demencija može nastati i kao posljedica cerebrovaskularnih bolesti (19). Najčešći tip vaskularnih demencija je **multi-infarktna demencija (MID)** (3). U vaskularnim demencijama nastaju lakunarne infarkcije unutar moždane mase koje su obično posljedica

neliječene hipertenzije art. (3,19). Slijedom toga, liječenje sindroma MID (19) temelji se na smjernicama liječenja cerebrovaskularnih bolesti i rizičnih čimbenika za njezin nastanak (hypertensio art).

Poznato je da se klinička slika kod vaskularnih demencija različito očituje, što ovisi o raspodjeli ishemijskih oštećenja. Međutim, tipičan je iznenadni nastanak simptoma demencije za razliku od AD (3). Pri dijagnosticiranju vaskularnih demencija, može se uočiti dobro očuvana ličnost bolesnika, uz pojavnost neurologijskih ispada i česte depresije (3,19).

Demencije su najčešće bolesti dugog trajanja i predstavljaju ozbiljan gerontološko-javnozdravstveni problem. Bolesnici u uznapredovalim fazama bolesti zahtijevaju stalan nadzor i njegu ili trajnu skrb u ustanovi, što upućuje na značajne ekonomske izdatke (20).

4.4. Depresija u starijoj životnoj dobi

Kako je prepoznati?

Usamljenost starijih osoba (uslijed socijalne izolacije, nepokretnosti) i gubitak potpore bližnjih može biti glavni problem u zbrinjavanju starijih osoba. Obiteljsko stanje može biti od izuzetnog značaja za mentalno propadanje ili zdravlje starije osobe (3,12).

Depresivna reakcija starije osobe može nastati uslijed različitih socijalnih i psiholoških događaja i teškoća: gubitka bračnog partnera, odlazak djece, odlazak u mirovinu i dr.

Depresija se često prezentira uz anksioznost ili somatske simptome (12). **Česti simptomi** su: depresivno ili žalosno raspoloženje, gubitak interesa za svakodnevne aktivnosti koje su prije predstavljale zadovoljstvo, potištenost, gubitak nade i vjere u budućnost, smanjenje energije, umor, poteškoće spavanja (ranojutarnje ustajanje, isprekidan san, poteškoće usnivanja), gubitak apetita i tjelesne težine, osjećaj bezvrijednosti i krivice, pojava psihomotorne usporenosti ili agitacije, smanjenje koncentracije, suicidalne misli i dr. (3,19).

Takvi se simptomi (19) mogu javiti i uslijed nekih tjelesnih bolesti, što zovemo sekundarnom depresijom (endokrine bolesti, bolesti jetre, anemije, maligne bolesti i dr.). Obiteljski liječnik ima ključnu ulogu u prepoznavanju simptoma depresije, a bolesnici često izravno ne traže pomoć (12).

Nerijetko članovi obitelji depresiju u starijih osoba smatraju normalnom pojavom, povezanom s procesom starenja. Obitelj treba pokazati brigu, pažnju, strpljivost, umjesto govoriti depresivnom bolesniku da se trgne i nešto radi jer mu nije ništa (12). Depresivan stariji

bolesnik pati tijekom bolesti, ali najčešće i njegova obitelj, što zahtijeva podršku i razumijevanje multidisciplinarnog gerontološkog tima tijekom liječenja (3,12).

Posebnu pozornost treba posvetiti pri davanju antidepresiva starijem bolesniku te objasniti bolesniku i obitelji da se lijek treba uzimati dovoljno dugo i u odgovarajućoj dozi (19).

4.5. Delirantna stanja u starijoj životnoj dobi

Delirij je posljedica funkcionalnog poremećaja metabolizma mozga (19).

Simptomi delirantnog pacijenta su poremećaj svijesti, inkoherentno mišljenje, poremećaj percepcije, motorna hiperaktivnost, poremećaj orijentacije, pamćenja i ciklusa spavanja, afektivno uzbuđenje, halucinacije i dr. (19,21). EEG nalaz kod bolesnika u deliriju pokazuje usporenje osnovne cerebralne aktivnosti (19).

4.5.1. Što uzrokuje delirij u starijoj životnoj dobi?

Delirij može nastati kod trauma, kod pacijenata nakon anestezije, u težih bolesnika na somatskim odjelima, npr. pulmonalne, renalne, hepatalne insuficijencije, jake anemije, infekcije, elektrolitski disbalans i dr. (19).

U starijoj životnoj dobi delirantna stanja isto tako mogu nastati uslijed stresa, različitih abuzusa, metaboličkih bolesti, predoziranja lijekovima, srčanih i cerebrovaskularnih bolesti, trauma glave, neoplazme i dr. (19).

Potrebno je utvrditi uzrok delirantnog stanja kod starije osobe, održavati vitalne funkcije bolesnika, ublažiti psihijatrijske simptome, održavati primjereno okruženje bolesnika te pružiti adekvatnu medicinsku njegu (21).

Delirantno stanje traje od nekoliko sati do nekoliko tjedana, a prognoza će za bolesnika ovisiti o uzroku bolesti i sposobnosti organizma da svlada noksu (19).

4.6. Parkinsonova bolest

Parkinsonova bolest je bolest bazalnih ganglija (degenerativni proces) u kojoj je poremećena ravnoteža između dopaminergijskih i kolinergijskih mehanizama (nedostatak dopamina), što se klinički očituje poremećajem pokreta i držanja te promjenom mišićnog tonusa (3,22).

Bolest je učestalija u starijoj životnoj dobi i kod muškog spola (3). Parkinsonova bolest često počinje s depresivnim raspoloženjem i bolovima u udovima, potom slijedi povećanje mišićnog tonusa, osiromašenje izražajnih kretnji i dr. (3,22).
Iz kliničke slike poznat je Parkinsonov trijas: tremor, akineza, rigor (3,22).
Ostali simptomi Parkinsonove bolesti su hipersalivacija, amimija, poteškoće pri govoru, pri kretnjama – „freezing effect” (efekt smrznutosti), „start hesitation” (oklijevanje prije početka pokreta), i drugi simptomi (22).

4.6.1. Kako Parkinsonova bolest utječe na funkcionalnu sposobnost starijih osoba?

Tijek bolesti je lagano progredijentan, s krajnjim stadijem bolesti u kojem se javlja nepokretnost (3,22). Primjenjuje se medikamentozno liječenje koje se nadopunjava s medicinskom gimnastikom (22).

4.7. Specifičnosti primjene lijekova u starijih osoba

Medikamentoznu terapiju za starije osobe je potrebno racionalno ograničiti na najmanji mogući broj učinkovitih lijekova, s poznatim nuspojavama (3,5).
Liječnik obiteljske medicine ima ključnu uloga u reviziji i ordiniranju medikamentozne terapije starijim osobama s multimorbiditetom (12). Poznato je da su u populaciji starijih osoba više zastupljene kronične bolesti te da oni češće uzimaju lijekove nego osobe tzv. srednje životne dobi (9).
Brojne su specifičnosti u propisivanju lijekova gerijatrijskim bolesnicima, a postoji i velika heterogenost u reakcijama starijih osoba na lijekove (5,9).
Zbog promjene farmakokinetike u starijoj životnoj dobi veće su mogućnosti drukčijih reakcija i osjetljivosti gerijatrijskog bolesnika na uobičajenu dozu lijeka koji se daje mlađim dobnim skupinama, tako da se kod starijih osoba nerijetko primjenjuje niža doza (5).
Različiti čimbenici (dugotrajno ležanje, dehidracija, bolesti štitnjače i dr.) utječu na promjenu farmakokinetičkih parametara u starijoj životnoj dobi (9).
Neophodno je posvetiti pozornost je li stariji bolesnik dobro razumio upute o primjeni lijekova, događaju li se pogreške pri korištenju lijekova te koje sve lijekove uzima (1).

Pri kontrolnim pregledima potrebna je opetovana prosudba o potrebi korištenja određenih lijekova (5).

Starije osobe se nerijetko hospitaliziraju zbog **polipragmazije,** nuspojave lijekova i interakcije između više lijekova (3).

Nuspojave lijekova kod starijih osoba mogu biti različite nego kod mlađih populacijskih skupina (5,9). Poznato je iz kliničke prakse da se nuspojave lijekova kod starijih osoba mogu očitovati kao pojavnost konfuzije, mučnine, depresije, gubitka teka i sl. (3).

Prema procjeni stručnog medicinskog osoblja, uputno je na kutijicu lijeka za starijeg bolesnika napisati svrhu uzimanja (npr. za glavobolju). Korisno je izraditi raspored kako uzimati lijekove u odnosu na: vrijeme i dozu, povezanost s obrocima i drugim lijekovima koje starija osoba uzima (1).

Svakako treba obratiti pozornost na to može li stariji bolesnik (5,1) samostalno uzimati propisani lijek (npr. zbog slabijeg vida, tremora ruku i dr.). Ključno je da se starije osobe strogo pridržavaju uputa liječnika o uzimanju lijekova (1). Osoba koja se u obitelji brine o gerijatrijskom bolesniku treba biti upoznata s načinom uzimanja lijekova (5).

4.8. Debljina i malnutricija u starijoj životnoj dobi

Debljina je značajan javnozdravstveni problem i metabolička bolest po MKB (E66) s negativnim implikacijama na zdravlje, funkcionalnu sposobnost, raniji mortalitet te pojavnost multimorbiditeta u starijih osoba (23).

4.8.1. Rizični čimbenici za pojavnost debljine u starijih osoba

Nasljedni i stečeni čimbenici (poput sedentarnog načina života, povećanog unosa hrane) utječu na pojavnost debljine (1,3).

Pravilna prehrana u starijih osoba se zasniva na tzv. osam prehrambenih pravila koja su prilagođena reduciranju energetskih potreba i adekvatnom uzimanju esencijalnih hranjivih tvari (6). Prevencija debljine u starijih osoba treba započeti u što ranijoj životnoj dobi s edukacijom o zdravoj prehrani, otklanjanju uzroka nezdravog povećanja tjelesne težine i poticanja pozitivnog zdravstvenog ponašanja – pravilne prehrane i programirane tjelesne aktivnosti (1,4).

Debljina, a isto tako i ekstremna mršavost (11), u starijoj životnoj dobi izazivaju ozbiljne zdravstvene probleme te je od izuzetnog značaja primjena metoda antropometrije za procjenu stanja uhranjenosti (grč. *anthropos* – čovjek; *metron* – mjera).

4.8.2. Gerontoantropometrija i procjena nutritivnog statusa gerijatrijskog bolesnika

Antropometrija na neinvazivan način pruža informaciju o tjelesnoj masi, količini potkožnog masnog tkiva, o promjenama tjelesnih dimenzija i sastava tijela do kojih dolazi sa starenjem (11). Antropometrijska obilježja (11, 24) koja se najčešće koriste su: tjelesna težina i BMI (indeks tjelesne mase), opsezi ekstremiteta (nadlaktice i potkoljenice) i trupa te kožni nabori (leđa i nadlaktica).

Opseg struka je dobar pokazatelj abdominalne debljine – tako se opseg struka koji je veći od 102 cm za muškarce i 88 cm za žene smatra rizičnim za nastanak bolesnog starenja (1). Mnoge su specifičnosti u antropometriji starijih osoba koje proučava gerontoantropometrija (11).

Antropometrijska obilježja nalaze se u obrascima za probir pothranjenosti poput MNA (Mini Nutritional Assessment) – brza metoda za procjenu nutritivnog statusa kod osoba starije dobi u domovima i bolnicama (11,24). Cilj procjene nutritivnog statusa je evaluacija rizika malnutricije kako bi se osigurala rana nutritivna intervencija (3,8,24).

4.8.3. Malnutricija u starijih osoba

Malnutricija je neadekvatan status uhranjenosti (8). Neophodna je suradnja s nutricionistom koji objektivno određuje stanje uhranjenosti te, ako je potrebno, predlaže nutritivnu potporu (8,11). Pothranjeni bolesnici su podložniji infekcijama, povećanom pobolu i smrtnosti (11).

Česti uzroci malnutricije u starijoj životnoj dobi su: neadekvatno sanirano zubalo, bolesti probavnog trakta (kronične jetrene bolesti, tumori), kronične respiratorne i srčane tegobe (8).

Stanje pothranjenosti u starijih osoba uz mirovanje, nepokretnost i inkontinenciju dovodi do dekubitusa (3,8). Pravodobno otkrivanje pothranjenosti, uz potrebite nutritivne intervencije u prehrani, doprinosi smanjenju smrtnosti i pojavnosti dekubitusa te snizuje troškove liječenja (3).

4.9. Dekubitus - značajan gerontološko-javnozdravstveni problem

DEKUBITUS (dekubitalni ili trofički ulkus) je posljedica ulceracije kože i ishemičke nekroze, koja može nastati i u dubljim tkivnim strukturama na područjima koja su najviše izložena pritisku na podlogu (8). Dekubitus je značajan gerontološkojavnozdravstveni problem s prepoznatim zdravstvenim, socijalnim i ekonomskim poteškoćama za bolesnika, njegovu okolinu i ustanovu u kojoj se nalazi (3). Pojavnost dekubitusa je prisutna na svim razinama zdravstvene skrbi, poglavito u bolničkim i stacionarnim jedinicama produženog liječenja (3,8).

Česti unutrašnji (intrinzični) čimbenici za nastanak dekubitusa su: starija životna dob, nepravilna prehrana, šećerna bolest, urinarna i fekalna inkontinencija i dr. (8).

Tijekom procesa starenja, dolazi do fizioloških promjena kože koja postaje tanja, smanjuje se produkcija elastina i rizik za nastanak dekubitusa je veći (25). Smanjenje potkožnog masnog tkiva, nedostatak bjelančevina i mikronutrijenata (cinka, vitamina A, E, C i niacina koji su neophodni za održavanje kože zdravom i njeno cijeljenje) mogu doprinijeti nastanku dekubitalnog vrijeda (8,25). Značajan ekstrinzični čimbenik za nastanak dekubitusa je izostanak redovitog mijenjanja položaja nepokretnog i teško bolesnog gerijatrijskog bolesnika (8). Dekubitus je podložan razvoju infekcije te može dovesti do sepse, osteomijelitisa, porasta mortaliteta (3).

Primjenjuju se različite ljestvice (poput Bradenove, Nortonove i dr.) s ciljem da odgovore na pitanje je li bolesnik ugrožen od nastanka dekubitusa, a koriste se i metode za klasifikaciju dekubitalnog vrijeda (24).

Gerontološkojavnozdravstvene analize iz 2006. u Hrvatskoj pokazuju da su od hospitaliziranih bolesnika zbog dekubitusa (N=182) 65,38 % gerijatrijski bolesnici, što naglašava značaj gerontološko-javnozdravstvenog problema (8).

Geroprofilaksa dekubitalnog vrijeda upućuje na potrebu primjerene gerijatrijske zdravstvene njege, sukladno algoritmu postupaka prevencije u gerijatriji (25).

Dekubitalni vrijed u gerijatrijskog bolesnika zahtijeva interdisciplinarni pristup stručnog tima u cilju unapređenja prevencije i liječenja dekubitusa, što doprinosi i racionalizaciji gerijatrijske zdravstvene potrošnje (8).

4.9.1. Gerontološkojavnozdravstvene mjere za prevenciju i liječenje dekubitusa (25)

- Unapređenje cjelokupnog sustava evidencije, praćenja, evaluacije pojavnosti dekubitusa te učinkovitosti intervencije za prevenciju i liječenje dekubitusa kod starijih osoba poglavito u bolnicama, domovima za starije osobe, kućnoj njezi koju pruža tim liječnika obiteljske medicine u suradnji s ustanovama za kućnu njegu i patronažnim sestrama, te u svim drugim segmentima zdravstvenog sustava.
- Uspostavljanje komunikacijske mreže zdravstvene skrbi i socijalne skrbi za starijeg bolesnika u cilju liječenja i prevencije dekubitusa uz osiguranje uvjeta za međusobnu suradnju i timski rad.
- Redefiniranje gerijatrijskih kadrovskih normi u cilju unapređenja organizacije gerijatrijske njege radi dostupnosti većeg broja medicinskih i patronažnih sestara, sa svrhom poboljšanja kvalitete prevencije i liječenja dekubitusa.
- Razvoj interdisciplinarnog pristupa uz uključivanje članova obitelji bolesnika i konzultacije s nutricionistom koji individualno određuje dijetetski režim prilagođen multimorbiditetu i dekubitalnim promjenama gerijatrijskog bolesnika, u cilju preveniranja ili zaustavljanja progresije dekubitusa odnosno drugih patoloških stanja starije osobe (malnutricija i dr.).
- Kontinuirana reedukacija medicinskog osoblja o novim smjernicama za prevenciju i liječenje dekubitusa.
- Izrada smjernica, normi i postupaka u cilju prevencije i liječenja dekubitusa te njihova dostupnost zdravstvenom osoblju i osobama koji zdravstveno skrbe o starijim osobama.
- Primjena sestrinskog gerijatrijskog otpusnog pisma (u izradi CZG ZZJZ „Dr. A. Štampar“ i HKMS).
- Primjena kompletne, sveobuhvatne jedinstvene sestrinske dokumentacije s individualnim gerontološkim pristupom za starije bolesnike na svim razinama zdravstvene zaštite.
- Provedba Programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije, uz primjenu gerontoloških smjernica o zdravom aktivnom starenju i svakodnevnoj umjerenoj tjelesnoj aktivnosti, odnosno promjene i sprječavanja negativnog zdravstvenog ponašanja poput pušenja, neadekvatnog načina prehrane, uzimanje lijekova bez liječničkog nadzora i dr. Primjena individualnog gerontološkog pristupa, poglavito kod funkcionalno

onesposobljenih starijih osoba, uz primjenu stručnih smjernica za geroprofilaksu dekubitalnog vrijeda.
- Koordinacija i komunikacija na svim razinama zdravstvene zaštite za starije, usmjerena na sustavnu provedbu, unapređenje učinkovite prevencije i liječenje dekubitusa u gerijatrijskih bolesnika. (Izvor: CZG ZJZ „Dr. A. Štampar“).

4.10. Urinarna inkontinencija u starijih osoba

Urinarna inkontinencija ili nekontrolirano istjecanje mokraće je simptom različitih bolesti ili stanja koji se češće javlja u starijoj dobi i kod žena (3). Istjecanje mokraće s nedostatkom voljne kontrole može biti privremeno ili trajno, a istraživanja pokazuju da je na stacionarima domova za starije i nemoćne osobe do 75 % starijih osoba inkontinentno (1).
Urinarna inkontinencija je značajan gerontološkojavnozdravstveni problem (sastavnica je gerijatrijskog sindroma 4 „N“) koji treba pravovremeno prepoznati odnosno spriječiti i liječiti jer utječe na zdravstveno stanje i funkcionalnu sposobnost starije osobe (3,4).
Prema The International Continence Society – inkontinencija se razvrstava u 5 skupina:
stresna inkontinencija, žurna inkontinencija, neurogena inkontinencija, inkontinencija „zbog prelijevanja”, inkontinencija zbog fistula ili malformacija (3).

U pojedinim oblicima inkontinencije poboljšanje i izlječenje se može postići pomoću fizioterapije i pravovremenog dijagnosticiranja (3,1). U svrhe liječenja inkontinencije primjenjuju se Kegelove vježbe za jačanje mišića oko zdjelice, koji kada se osnaže bolje podržavaju uretru.

4.11. Zlostavljanje i zanemarivanje starijih osoba u obiteljima

Nasilje nad starijim osobama u obitelji predstavlja osobni i društveni problem kojemu se pridaje sve veći značaj i pozornost u Hrvatskoj, u skladu s definicijom SZO (2002.) prema kojoj je zlostavljanje starijih osoba pojedinačan ili ponavljajući čin ili nedostatak odgovarajućeg postupanja, koje se događa u bilo kojem odnosu očekivanja i povjerenja, a uzrokuje štetu, bol, nepriliku i/ili nevolju starijoj osobi (3,11).
Razlikujemo tjelesno zlostavljanje, psihičko zlostavljanje, materijalno zlostavljanje, seksualno zlostavljanje i zanemarivanje starijih osoba, a kriteriji za procjenu zlostavljanja često su

prilagođeni vrijednostima u društvu, običajima, kulturnoj razini, osobnoj percepciji i dr. U Hrvatskoj **čl. 4 Zakona o zaštiti od nasilja u obitelji (2003.)** regulira problematiku nasilja u obitelji (11).

Od osobitog je značaja edukacija profesionalaca u prepoznavanju nasilja nad starijom osobom, kao i upoznavanje starijih osoba s njihovim pravima (3).

Istraživanje nasilja nad starijim osobama u obitelji, provedeno u Zagrebu 2010. godine na 1000 ispitanika (38% muškaraca i 62% žena starijih od 65 godina), pokazalo je najčešću zastupljenost psihičkog nasilja (doživjelo ga je 11,4% ispitanika), potom slijedi materijalno nasilje 1,8%, tjelesno nasilje 1% i 0,1% seksualno nasilje (11).

Zlostavljanje i zanemarivanje starijih osoba u obitelji zahtijeva multidisciplinarni gerontološki pristup pri rješavanju zdravstvenih, psiholoških, socijalnih i pravnih problema.

4.12. Osteoporoza

Prema definiciji osteoporoza je sustavna bolest skeleta s pojačanom lomljivosti kostiju, smanjenom koštanom masom i poremećajem mikroarhitekture koštanog tkiva (3,26). Prevalencija osteoporoze kod žena je značajno veća, a podaci upućuju da 70% žena u dobi od 80 godina ima osteoporozu (3). U životnoj dobi od 30 godina već se javlja gubitak koštane mase, na što utječu različiti čimbenici poput genetskih i konstitucijskih predispozicija, prehrane, pušenja, alkohola, kortikosteroida, rane menopauze i dr. (3,26). Primarna osteoporoza (3) nastaje nakon menopauze, dok je sekundarna vezana uz bolesti (hipertireozu, hiperparatireodizam i dr.) ili lijekove (npr. kortikosteroidi).

Dijagnoza (32) osteoporoze temelji se na denzitometrijskom mjerenju vrijednosti mineralne gustoće kosti (više od -2,5 SD). Denzitometrija omogućava intervencije prije pojave prijeloma (3). U cilju dijagnostike često su obuhvaćene bazalne dijagnostičke pretrage – KKS, koncentracija kalcija i fosfora u serumu i urinu, alkalna fosfataza, ultrazvučna denzitometrija, rengensko snimanje i dr. (26).

4.12.1. Osteoporotične frakture

Najčešća mjesta osteoporotičnih fraktura su kuk, kralježak, podlaktica (3). Značajni porast mortaliteta je posljedica komplikacije osteoporoze, jer 15-20% starijih osoba umire unutar jedne godine nakon prijelom kuka (3,26). Morbiditet, mortalitet i zdravstveni troškovi koji

nastaju kao posljedice fraktura osteoporozu čine velikim javnozdravstvenim problemom koji je osobito izražen u rastućoj populaciji starije životne dobi (26).

5. PRILAGODBA STARIJE OSOBE NA PROMJENE U SPOSOBNOSTIMA: TJELESNIM, SENZORNIM, MOTORIČKIM, KOGNITIVNIM

Cilj: upoznati sudionike s prilagodbama starije osobe na promjene u sposobnostima (tjelesnim, senzornim, motoričkim, kognitivnim) tijekom starenja te mogućnostima intervencije kod smanjene mogućnosti samozbrinjavanja.

Tijek rada: predavanje, rasprava o primjeni gerontotehnologije u svakodnevnom radu te o specifičnostima primarne zdravstvene zaštite za starije na stacionaru domova; prikaz slučajeva gerijatrijskih bolesnika iz kućne njege; rasprava o rizičnim čimbenicima za pad i proučavanje gerijatrijskog obrazca za prevenciju pada (huhn) i izvješće o incidentu.

5.1. Što sve utječe na uspješnost prilagodbe starijih osoba na promjene u funkcionalnim sposobnostima?

Smanjena mogućnost brige o sebi (npr. zbog oštećenja motornih ili kognitivnih funkcija) rezultira nemogućnošću obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti i održavanja domaćinstva (3). To može potaknuti da starija osoba postane pasivni promatrač, inaktivna, s osjećajem bespomoćnosti i gubitka samopoštovanja (27). Starije osobe nerijetko imaju poteškoće u prihvaćanju i pronalaženju nove socijalne uloge u zajednici. Značajno je kako gerijatrijski bolesnik doživljava i opisuje sebe, svoje zdravlje, prihvaća li radnu terapiju, rehabilitaciju te stjecanje novih znanja (3,27).

Na uspješnost prilagodbe osobe na promjenu u sposobnostima utječe više čimbenika:

a) vrsta, ozbiljnost i način početka oštećenja;

b) psihološki čimbenici poput samopoštovanja osobe, viđenja samog sebe (samopredožbe), crte ličnosti;

c) socijalni uvjeti poput mreže potpore, reakcije okoline (drugih osoba), profesionalne skrbi, financijske sigurnosti i dr. (27).

Smanjena mogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti kod starije osobe može nastati uslijed oštećenja ili slabljenja tjelesnih, motoričkih, kognitivnih, senzornih funkcija, umora, osobnih karakteristika, okolišnih značajki, slabe motivacije i dr. (3,27).

Svakako treba procijeniti čimbenike koji uzrokuju ovisnost o tuđoj pomoći, poticati samopoštovanje te izbjegavati da mi učinimo ono što starija osoba može sama (3).

5.1.1. Funkcionalni status starijih osoba

Najčešće definiramo funkcionalni status starijih osoba na osnovu utvrđenih ograničenja u obavljanju **osnovnih aktivnosti svakodnevnog života** poput samozbrinjavanja (28), održavanja osobne higijene, aktivnosti hranjenja, oblačenja i dr. (Activities of daily living, ADL) i **viših razina aktivnosti svakodnevnog života** (Instrumental activities of daily living, IADL) poput pravilnog korištenja vlastitih lijekova, korištenja telefona, kupnje, vođenja financija i kućanstva, pripreme hrane, pranja rublja i dr. (29).

Funkcionalni pregled (27-28) se obavlja s ciljem određivanja: razine neovisnosti (samostalnosti), potrebe za nadzorom, potrebe za tuđom pomoći ili pomagalima pri obavljanju ispitivanih aktivnosti (poput hranjenja, oblačenja, hoda).

U Hrvatskoj se proporcionalno dobi povećava udio starijih osoba koje se koriste određenim pomagalom (hodalica, štap). Tako se, prema raspoloživim podacima iz 2001. godine, procjenjuje da se u dobnoj skupini od 65 do 69 godina pomagalom koristi 26,16 % osoba, a u skupini starijih od 85 godina njih čak 51,93% (30).

CZG ZJZ „Dr. A. Štampar“ (1) je izradio stručno-metodološki instrument procjene funkcionalne sposobnosti starijih osoba u odnosu na pokretnost (fizički status) i samostalnost (psihički status).

5.2. Ciljevi i mogućnosti primjene gerontotehnologije

Gerontotehnologija je znanstveno primijenjena disciplina koja istražuje interakciju starije osobe i njenog tehnološkog okruženja (31). Usmjerena je na korisnika s ciljem da omogući razvoj tehnoloških rješenja koja će olakšati život starijim osobama (32).

Primjena gerontotehnologije (31) se temelji na znanstvenim spoznajama o starenju s ciljem zadovoljenja potreba i zahtjeva starijih osoba, poglavito odgađajući funkcionalnu onesposobljenost (npr. oprema za vježbanje) ili smanjujući njene neželjene posljedice (npr. odgovarajuće osvjetljenje, „pametne kuće” i dr.). Na tržištu su različita pomagala koja mogu pomoći starijim osobama (hodalice, higijenski ulošci za inkontinenciju, ulošci za cipele i dr.) i čije pogodnosti koristi sve veći broj starijih osoba (32).

5.2.1. Koja je pomoć gerontotehnoloških rješenja kod funkcionalno onesposobljenih starijih osoba?

Gerontotehnologija (31-32) može pomoći nadoknađivanju smanjenih sposobnosti i vještina – senzornih, perceptivnih, fizičkih nedostataka (nošenje naočala, štapa, slušnog pomagala i dr.) te doprinijeti poboljšanju uvjeta života i omogućavanju novih aktivnosti (dizajniranje odgovarajućih „friendly use” uređaja za starije).

Gerontotehnološka rješenja (31) usmjerena su i osobama koje skrbe o starijim ljudima u cilju olakšanja njihovog rada i pomoći starijima (npr. oprema za prijevoz nepokretnih, dizajniranje odgovarajuće opreme u kupaonicama, alarmni aparati koji su povezani 24 sata s operaterom i dr.).

Gerontotehnologija (32) potiče znanstvena istraživanja o procesu starenja (npr. informatička tehnologija), što podupire realizaciju potreba starijih osoba te pomaže očuvanju njihove neovisnosti, zdravlja, kvalitete života i socijalnih kontakata. Na taj način se stvaraju proizvodi koji služe svrsi, ali zadovoljavaju i estetske potrebe korisnika.

U primjeni Programa preventivnih mjera za starije zastupljena su različita gerotehnološka rješenja s ciljem osiguranja kvalitetnijeg i samostalnijeg života starijeg pučanstva i racionalnije gerijatrijske potrošnje (31-32).

5.3. Pad u starijih osoba

Smatra se da svake godine padne otprilike jedna trećina starijih osoba (1). Potrebno je saznati koje su okolnosti prethodile padu. Uzroci padova mogu biti vanjski i unutarnji, poput: slabi vid i sluh, vertigo (slabi refleksi ravnoteže), tranzitorni ishemijski napadaji, sinkope pri naporu, nestabilni zglobovi, anemija, aritmija srca i dr. (1,3).

Statistički podaci pokazuju da je oko 5 % smrti osoba starijih od 65 godina prouzročeno padom (3).

U Hrvatskoj (CZG ZZJZ „Dr. A. Štampar”, 2003.) je udio starijih osoba iznad 65 godina od ukupno hospitaliziranih (N=5599 hospitalizacija) zbog prijeloma bedrene kosti iznosio 67,99%, što implicira nužnu primjenu mjera prevencije pada u starijoj dobi (1).

5.3.1. Kako spriječiti padove kod starijih osoba?

U svrhu prevencije pada, potrebno je ukloniti onečišćenja i prepreke u prostoru gdje starija osoba boravi, prilagoditi osvjetljenje, namještaj i tepihe mogućnostima i potrebama starijih osoba, paziti na mokre podove, obuću koja se ne kliže, lijekove koje starija osoba uzima, konzumira li alkohol i dr. (1,3).

5.4. Kućno liječenje za osobe starije životne dobi

Što je to kućno liječenje? Potrebe za kućnim liječenjem, koje je u domeni primarne zdravstvene zaštite, postaju sve veće zbog rastućeg trenda starijeg pučanstva i prevalencije kroničnih bolesti.

Tim liječnika opće/obiteljske medicine pruža kontinuiranu (trajnu), komprehenzivnu (sveobuhvatnu) zdravstvenu zaštitu (18). U kućnom liječenju koje se posebno financira i organizira sukladno indikacijama, provode se određene mjere i postupci iz dijagnostike, liječenja, njege i rehabilitacije u kući ili stanu bolesnika, uz sudjelovanje zdravstvenih stručnjaka različitog profila (12). Veća učestalost multimorbiditeta i funkcionalne onesposobljenosti kod gerijatrijskih bolesnika zasigurno utječe na povećane potrebe starijeg pučanstva za kućnim liječenjem u odnosu na mlađe dobne skupine.

Tijekom kućnog liječenja, rad u timu omogućava primjenu ekspertize i vještina zdravstvenih i socijalnih djelatnika na zajedničkom cilju te potiče njihovo međusobno uvažavanje (18).

Kućno liječenje je povoljnije sa socijalno-psihološkog aspekta, također umanjuje rizike od mogućih hospitalnih infekcija, dok sa stručno-medicinskog aspekta mora biti jednako kvalitetno kao liječenje u bolnici (12, 18).

Zdravstveno-administrativni pojam – kućna posjeta – sličniji je pregledu u ordinaciji opće/obiteljske medicine, dok je kućno liječenje sličnije liječenju u bolnici (12).

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti se „misli obiteljski“, što usmjerava da se stručno pomogne članovima obitelji u skrbi za bolesnika, a prepoznat je i značajan utjecaj potpore i zaštite same obitelji na oporavak oboljelih (18). Tako obiteljsko kućno liječenje u terapijski postupak aktivno uključuje cijelu obitelj ili nekoliko njenih članova (12).

5.5. Specifična primarna zdravstvena zaštita na stacionarima domova za starije i nemoćne

U gerijatrijskoj zdravstvenoj skrbi je registrirano 49,88% stacionarnih gerijatrijskih bolesnika (2008.) u ukupno 114 hrvatskih Domova za starije i nemoćne (N = 14807 starijih korisnika) (8). Prema podacima gerontološke datoteke (CZG ZJZ „Dr. A. Štampar“, 2008.) u hrvatskim Domovima za starije i nemoćne je smješteno 2% starijih osoba, što je ispod europskog prosjeka (33). Brojne su specifičnosti u primjeni zdravstvenih mjera i postupaka tima specijaliste opće/obiteljske medicine (SOM-a) na stacionarima Domova za starije osobe u odnosu na rad u ordinaciji opće/obiteljske medicine. Tim specijalista opće/obiteljske medicine u domu za starije osobitu pažnju usmjerava na individualni gerontološki pristup u geroprofilaksi za 4 „N“ u gerijatriji (nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost, nekontrolirano mokrenje), pojavnost gerijatrijskog domino efekta, primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju za starije osobe, kontinuirano praćenje i evaluaciju negativnog zdravstvenog ponašanja, multimorbiditeta (vodeće i prateće dijagnoza) i funkcionalne onesposobljenosti u gerijatrijskih bolesnika (3,11).

Postupnik zdravstvenih mjera i postupaka specijalista opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe određen je isključivo po legislativnom sustavu zdravstva (11).

Stacionar i multidisciplinarni zdravstveni gerontološki tim su glavne specifičnosti primarne zdravstvene zaštite u domu za starije.

6. USPJEŠNO STARENJE

Cilj: upoznati sudionike s principima zdravog aktivnog starenja.

Tijek rada: predavanja, rasprava o pravilnoj prehrani i mogućnostima provedbe tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi.

6.1. Vodič o aktivnom, zdravom i produktivnom starenju - 13 uputa

Principi zdravog, aktivnog starenja odgovaraju na zahtjeve zdravog, neovisnog i produktivnog života starijih osoba (1,34). U fokusu principa zdravog aktivnog starenja nalazi se preventivni koncept, poglavito prevencija bolesti i nesamostalnosti u starijoj životnoj dobi, što upućuje na vitalnu povezanost zdravlja i aktivnosti starijih osoba (34).

To naglašava značaj primjene Programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije osobe, jer unapređuje i podržava proces zdravog aktivnog starenja (4).

Suvremeni pristup zdravom, aktivnom starenju promovira intergeneracijsku solidarnost i povezanost (34). Temelj za primjenu i prihvaćanje koncepta zdravog aktivnog starenja stvara se već u mlađoj dobi kroz vlastite odluke i pozitivna zdravstvena ponašanja. Principi zdravog aktivnog starenja u interakciji su s učinkovitom zaštitom zdravlja temeljenom na Programu preventivnih zdravstvenih mjera za starije osobe (7).

Gerontološki integralni obuhvat zaštite zdravlja starijih osoba u Hrvatskoj je u cilju provedbe Programa zdravog aktivnog starenja implementirao i Vodič s uputama za aktivno, zdravo starenje (1,4).

Vodič o aktivnom, zdravom i produktivnom starenju (4)

a) Stalna tjelesna aktivnost od mladosti do duboke starosti uključuje svakodnevne vježbe disanja i vježbe mišića dna zdjelice zbog sprječavanja nevoljnog mokrenja.
b) Stalna psihička aktivnost – doživotno učenje i stjecanje novih vještina i znanja.
c) Pravilna mediteranska prehrana koja je restrikcijska po kalorijskoj vrijednosti za starije od 65 godina (podrazumijeva unos koji ne smije biti veći od 1500 kcal s obzirom na smanjenje bazalnog metabolizma u starijih osoba) uključuje:
    - redovito uzimanje povrća, voća, ribe i bijeloga mesa bez kožice;
    - smanjeni unos „5 B“ u hrani: bijelo brašno, bijeli šećer, bijela riža, sol, mast;

- unos do 2 litre dnevno nezaslađene tekućine, najbolje čiste vode. Poželjno je hranu pripremiti u pravilu lešo i bez zaprške, izbjegavati pohanu i prženu hranu te uzimati dnevno samo 1 decilitar crnog vina uz obrok (uz individualni gerontološki pristup).

d) Sprječavati debljinu, a osobito pothranjenost u starosti.

e) Nepušenje i neovisnost o lijekovima, alkoholu, opijatima, crnoj kavi i drugim sredstvima ovisnosti.

f) Stalna radna aktivnost i nakon umirovljenja.

g) Optimistično življenje – smijati se i biti što vedriji; ne kriviti druge za vlastite neuspjehe.

h) Širenje dobrote i ljubavi za obitelj, za mlade i starije oko sebe te za posao koji se obavlja; seksualna aktivnost kao sastavnica ljubavi ne poznaje dobnu granicu.

i) Izbjegavanje osamljenosti, razvijanje komunikacije, vježbanje prilagodbe na stresne događaje.

j) Osobna i okolišna higijena, higijena zubi i zubala, redovito obrezivanje noktiju na rukama i nogama; uklanjanje barijera, kliznih i mokrih površina u kući i okolišu radi sprječavanja padova i ozljeda.

k) Neprihvaćanje predrasuda i neznanja o starenju i starosti kao bolesti, nemoći i ovisnosti o drugima (samo svaka 5. starija osoba ovisna je o tuđoj skrbi zbog funkcionalne onesposobljenosti).

l) Pridržavanje uputa liječenja i uzimanja lijekova pod nadzorom liječnika.

m) Prijenos umijeća, znanja, radnog i životnog iskustva na mlađe i druge starije.

Realizaciji integralnih gerontoloških programa u zaštiti zdravlja starijih ljudi značajno doprinosi osnivanje **Gerontoloških centara**, multifunkcijskih centara **neposredne izvaninstitucijske skrbi za starije** u lokalnoj zajednici gdje oni žive (6).

Gerontološki centri se često nalaze pri domovima za starije, a osnovni cilj njihove djelatnosti je zadržati stariju osobu što je duže moguće u njenom prebivalištu uz obitelj (8).

Gerontološki centri su model izvrsnosti rada sa starijima koji osigurava očuvanje funkcionalne sposobnosti starijih i sprječava te odgađa institucijsku skrb za starije (6,8). Također **doprinose gospodarskom razvoju** cjelokupne zajednice u kojoj starija osoba reaktiviranom ulogom živi i stvara te **promovira zdravo, aktivno, produktivno starenje.** Dobar primjer su Gerontoservisi koji reaktiviraju ulogu i iskustveni potencijal starije osobe

(6). Dnevni boravci za starije osobe također su usmjereni konceptima zdravog aktivnog starenja, osobito u cilju izbjegavanja pasivnosti i osamljenosti starijih osoba (8).

Brojne su aktivnosti interdisciplinarne djelatnosti rada Gerontoloških centara: učenje o starosti i starenju, štetnim čimbenicima bolesnog starenja, nastavku radnih aktivnosti i nakon odlaska u mirovinu, kompjuterske radionice; socijalne, pravne, zdravstvene i psihološke usluge (poduka, savjetovanje, okupacijska i radna terapija, terapeutska gimnastika, sportski tečajevi primjereni starijima i sl.); primjena odabranih zdravstvenih mjera u prevenciji nastanka bolesti u starosti; kulturno-zabavne i rekreativne usluge (dramske, plesne, pjevačke i glazbene grupe, mažoretkinje, radionice starijih sa starijima i mladih sa starijima i sl.); razvijanje novih sposobnosti za očuvanje preostale funkcionalne sposobnosti, dostava obroka i pomoći u kući te druge mjere/usluge (6,8).

U cilju razvoja strategije za aktivno zdravo starenje utvrđuju se, prate i proučavaju gerontološko-javnozdravstveni pokazatelji o zdravstvenim potrebama i funkcionalnoj sposobnosti starijih osoba, negativnom zdravstvenom ponašanju i rizičnim čimbenicima bolesnog starenja (8).

Poznato je da je kvalitetna zaštita zdravlja starijih osoba uvjetovana s dostupnošću, učinkovitošću i primjerenošću gerijatrijske zdravstvene skrbi uz racionalnu gerijatrijsku potrošnju (6,8).

U tome je smislu neophodna trajna izobrazba iz gerontologije i gerijatrije za stručnjake različitih profila, u skladu s hrvatskom i europskom gerontološkom doktrinom.

Provođenje gerontološke profilakse podrazumijeva aktivno participiranje svih provoditelja zaštite zdravlja starijih osoba, uključujući aktivnog starijeg čovjeka (3).

6.2. Smjernice pravilne prehrane za starije osobe

U rizične čimbenike nastanka ovisnosti starijih osoba o tuđoj skrbi i njezi ubraja se debljina, pothranjenost i nepravilan unos hrane (1). U zdravstvenim mjerama primarne prevencije za starije osobe naglašen je značaj pravilne prehrane za starije osobe (8, 35). Prihvaćeni model uravnoteženog unosa hrane za populaciju starije životne dobi je Piramida korisne mediteranske prehrane modificirana za starije osobe te osam prehrambenih pravila za starije osobe (6).

6.2.1. Osam prehrambenih pravila za starije osobe (6)

- Primjeren unos hrane do 1500 kcal dnevno uz umjerenu trajnu tjelesnu aktivnost.
- Svakodnevno jesti što raznovrsniju hranu, doručkovati voće i bezmasne mliječne proizvode, ručati što više povrća i ribe uz najviše jedan dcl crnog vina, a večerom unositi što manje namirnica, najkasnije 3 sata prije spavanja, po mogućnosti uvijek u isto vrijeme.
- Dnevno uzimati 8 čaša vode od 2 dcl ili negazirane i nezaslađene tekućine koji se umanjuje unosom tekuće hrane.
- Sezonsko voće, povrće, klice i integralne žitarice unositi u povećanoj količini.
- Crveno meso svakako zamijeniti bijelim mesom peradi bez kožice i osobito plavom ribom.
- Primjeren unos nemasnog mlijeka, nemasnog sira, jogurta, kefira, tofua i orašastih plodova.
- Maksimalno ograničiti unos soli, šećera, bijelog brašna, masnoća u hrani (zamjenska masnoća ulje buče, masline ili suncokreta).
- Povećati unos brokule, cvjetače, prokulice, cikle, crvenog i bijelog luka, sojinih proizvoda te bučinih koštica u cilju sprječavanja bolesnog starenja.

Neophodna je i pravilna priprema hrane u starijoj životnoj dobi. Hranu za starije osobe u pravilu treba pripremati lešo (što kraće kuhati), nisu preporučljive zaprške, niti pohano ili prženo (1,6). Potrebno je koristiti svježu hranu, jesti sirovo povrće i voće umjesto odstajale ili prigrijane hrane (1). Ako starija osoba ne može žvakati, treba usitniti hranu i učiniti je kašastom (3,6).

Primjena tzv. Piramide korisne mediteranske prehrane osobito je pogodna za starije osobe jer se starenjem javljaju promjene u funkciji probavnog trakta (1). Preporučeni unos tekućine se nalazi u bazi piramide, slijede žitarice i proizvodi od punog zrna žitarice, zatim na trećoj razini sezonsko voće i povrće, potom plava i bijela riba, meso peradi i kunića i bezmasni mliječni proizvodi, dok je na vrhu piramide šećer koji treba što je više moguće ograničiti (6).

Brojne zdravstvene studije povezuju mediteransku prehranu sa zdravim starenjem (36). Tradicionalna mediteranska prehrana koja je bogata esencijalnim hranjivim tvarima, a siromašna kalorijama, prepoznata je kao jedna od najprihvatljivijih zdravih prehrana za starije osobe (37). U zdravstvenim mjerama primarne prevencije za starije osobe, osim zdrave i korisne prehrane veliki značaj ima primjerena tjelesna, psihička i radna aktivnost (1,6).

6.3. Smjernice za provedbu tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi

Tjelesna aktivnost se definira kao svaki rad mišićno-koštanog sustava koji troši energiju iznad razine mirovanja (6).

U starijoj dobi je neophodan zdravstveni pregled i savjetodavna uloga izabranog liječnika obiteljske medicine prije uključivanja u program tjelesnih aktivnosti za starije osobe (1). Ako se tijekom vježbanja pojave zdravstvene poteškoće, odmah treba prekinuti vježbanje i savjetovati se s obiteljskim liječnikom koji skrbi o starijoj osobi (6).

Kod starijih osoba tjelesna aktivnost treba biti stručno vođena i nadzirana te programirana u odnosu na trajanje, intenzitet opterećenja, zdravstveno stanje i funkcionalnu sposobnost starije osobe (38).

Uz nadzor gerontokineziologa i liječnika, provodi se kontinuirana tjelesna aktivnost za starije osobe barem 2-3 puta tjedno, primjerenog trajanja 15-30 minuta (1).

Potrebno je odrediti optimalni (38) intenzitet vježbanja (ovisno o zdravlju, funkcionalnoj sposobnosti, dobi, spolu, ovisno je li se osoba ranije bavila tjelesnom aktivnošću i dr.). U izboru tjelesne aktivnosti (1) za starije, prednost se daje sadržajima koji stimuliraju funkcionalno poboljšanje rada srca, krvotoka, disanja (npr. šetnje, vrtlarenje i dr.) uz individualni gerontološki pristup.

Poznato je da je hodanje bržim tempom učinkovit način za poboljšanje rada srca, povećanje tonusa mišića te oslobađanje od stresa (1). Hodanje je najidealnija tjelesna aktivnost u starijoj životnoj dobi jer predstavlja najsvakodnevniju i najprirodniju formu kretanja (6).

Za većinu starijih osoba može se preporučiti plivanje i vježbanje u vodi (1). Primjerena je i sobna gimnastika, poglavito vježbe razgibavanja, disanja i istezanja, uz stručni nadzor i individualni gerontološki pristup (38).

6.3.1. Je li starost ograničavajući čimbenik za provedbu tjelesne aktivnosti?

Starija se osoba može baviti čitavim nizom tjelesnih aktivnosti (uz individualan gerontološki pristup) poput tenisa, aerobika, boćanja, mini golfa i dr. (6). Isto tako postoji velik broj upozorenja koja treba slijediti kod pravilne primjene tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi. Stariji trebaju izbjegavati hladniju vodu jer izaziva vazokonstrikciju u koži te naglo povisuje sistolički tlak (38). Vježbe snage s utezima se ne preporučuju u starijoj životnoj dobi

(6). Natjecateljske aktivnosti u sportu najčešće nisu prihvatljive za veći dio starije populacije (1,6).

Potrebno je naglasiti da, bez obzira na kronološku dob, svaka starija osoba može biti sposobna za neku vrstu tjelesne aktivnosti, poštujući individualni gerontološki pristup (6).

6.3.2. Korisnost stalne tjelesne aktivnosti za zdravlje starijih osoba

Prepoznati su brojni pozitivni učinci i koristi od stalne tjelesne aktivnosti za zdravlje starijih osoba, npr. poboljšanje lipoproteinskog profila i prevencija kroničnih bolesti srca i krvnih žila, te smanjenje rizika od nastanka šećerne bolesti neovisne o inzulinu, osteoporoze, inkontinencije, prekomjerne tjelesne težine i dr. (1).

Strategija za zdravo aktivno starenje potiče preusmjeravanje sustava zdravstvene zaštite iz kurativnog u preventivni model te promociju i podršku rehabilitacije i neovisnog življenja (13).

7. LITERATURA:

1. Tomek-Roksandić S, Čulig J, ur. Živjeti zdravo aktivno starenje. Zagreb: CZG ZZJZ Grada Zagreba; 2003.
2. Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D, Puljak A, Radašević H,Čulig J. Ljubičić M. Značenje centara za gerontologiju županijskih zavoda za javno zdravstvo i gerontoloških centara u Hrvatskoj. Medicus. 2005; 14 (2):177-193.
3. Duraković Z. i sur. Gerijatrija medicina starije dobi. Zagreb: C.T. – Poslovne informacije, d.o.o. ; 2007.
4. Tomek-Roksandić S, Radašević H, Mihok D. i sur. Gerontološki javnozdravstveno - statistički pokazatelji za Hrvatsku 2004.- 2006. godina. Tomek-Roksandić S, Majić T, ur. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba Centar za gerontologiju; 2007/ 2008. Tomasović Mrčela N, Soldo D. Bio-psiho-socijalni pristup gerijatrijskom onkološkom bolesniku. U: Šamija M, Nemet D i sur., ur. Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika. Zagreb: Medicinska naklada Zagreb; 2010, str. 451-57.
5. Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D. i sur. Gerontološki centri 2004: zagrebački model uspješne prakse za starije ljude. 2. dop. Izd. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba Centar za gerontologiju; 2004.
6. Tomek-Roksandić S, Čulig J, ur. Gerontološko zdravstveno-statistički pokazatelji za Hrvatsku 2002-2003. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba Centar za gerontologiju; 2004.
7. Krznarić Ž, Vranešić Bender D, Fortuna V, Hančević J, Tomek-Roksandić S, Zvonimir Šostar, Helena Vukelić,ur.Gerontološka stvaraonica – Prevencija dekubitusa (L 89) u gerijatriji primjenom pravilne prehrane za starije, Zagreb, Hrvatska; 2008 listopad 1; Zagreb: CZG ZJZ „Dr Andrija Štampar“; 2008. str. 3-26.
8. Duraković Z i sur. Farmakoterapija u gerijatriji. Zagreb: C.T. – Poslovne informacije, d.o.o. ; 2007.
9. Šimunić V i sur. Ginekologija. Zagreb: Naklada LJEVAK d.o.o.; 2001.
10. Tomek-Roksandić S, Šostar Z, Fortuna V, ur. Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i Postupnikom opće/obiteljske medicine. Zagreb: CZG ZJZ „Dr. Andrija Štampar“; 2011, str. 95-102.

11. Jakšić Ž, Budak A, Blažeković-Milaković S, Ebling Z, Jurković Lj, Katić M, Kovačić L, Peršić L, Tiljak H, ur. Obitelj i zdravlje. Zagreb:Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu;1996.
12. WHO. Active Ageing. A Policy Framework,Spain, 2002; 1-56.
13. Vrhovac B i sur. Interna medicina. Zagreb; Naklada Ljevak d.o.o.: 2003.
14. Duraković Z, Mišigoj-Duraković M. Arterijska hipertenzija kao čimbenik opasnosti ateroskleroze u tzv.starijoj životnoj dobi. U: Reinar Ž, ur. Prevencija ateroskleroze - starija životna dob: Zbornik radova sa Znanstvenog skupa; 2007 svibanj 23; Zagreb, Hrvatska. Zagreb: Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, Razred za medicinske znanosti, Odbor za aterosklerozu i Hrvatsko društvo za aterosklerozu; 2007. str. 25-36.
15. Strnad M. Starija životna dob i rak. Medicus 2005; 14 (2):251-256.
16. Jušić A, ur. Preporuka Rec (2003)24 Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organizaciji palijativne skrbi. Zagreb: Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb, HLZ; 2004.
17. Budak A i sur. Obiteljska medicina. Zagreb: Gandalf; 2000.
18. Muačević V i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 1995.
19. Puljak A, Perko G,Mihok D, Radašević H,Tomek-Roksandić S. Alzheimerova bolest. Medicus. 2005; 14 (2):229-236.
20. Gregurek R i sur. Suradna i konzultativna psihijatrija, psihijatrijski i psihološki problemi u konzultativnoj medicini. Zagreb: Školska knjiga; 2006.
21. Poeck K. Neurologija. Zagreb: Školska knjiga; 2000.
22. Tomek-Roksandić S, Tomasović Mrčela N, Radašević H, Majić T. Gerontološki javnozdravstveni pokazatelji debljine u Hrvatskoj. Organizatori: HLZ- Društvo za debljinu. Programska knjižica 3. hrvatskog kongresa o debljini s međunarodnim sudjelovanjem; 2008 travanj 4-6; Opatija, Hrvatska.
23. Hančević J. Dekubitus, etiologija,profilaksa i liječenje. Zagreb:Medicinska naklada; 2003.
24. Tomek-Roksandić S, Tomasović Mrčela N, Radašević H, Mihok D, Lukić M, Puljak A, Šostar Z. Dekubitus - gerontološki javnozdravstveni problem. Acta Med. Croatica. 2008; 62 (Supl.2) 133 – 139.
25. Bolanča S, Cvijetić S, Dekanić D, Giljević Z, Jelčić J, Jureša V, Kaluz M et al. Osteoporoza, smjernice za prevenciju, dijagnostiku i liječenje osteoporozu. Zagreb: Hrvatsko društvo za osteoporozu; 1998.

26. Bobinac-Georgievski,Domljan, Domljan Z,Martinović-Vlahović R, Ivanišević G, ur. Fizikalna medicina i rehabilitacija u Hrvatskoj. Zagreb: HLZ HD za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju: 2000.
27. Jajić I, Jajić Z. Fizijatrijsko-reumatološka propedeutika. Zagreb: Medicinska naklada; 2004.
28. Lawton MP,Brody EM. Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist.1969; 9:179-186. (pristupljeno 19svibnja 2010)
29. Dostupno na: http://www.abramsoncenter.org/pri/documents/iadl.pdf
30. Tomek-Roksandić S, Perko G, Lamer V, Radašević H, Čulig J. Značenje utvrđivanja stupnja pokretljivosti starijih ljudi u promociji aktivnog starenja pučanstva Hrvatske. Glasnik Hrvatskog saveza sportske rekreacije. siječanj- lipanj 2003;33-34:77-80.
31. Kaliterna Lj, Vojnović F. Gerontotehnologija – nova disciplina. U: Tomek-Roksandić S, Budak A, ur. Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi 1999: Knjiga izlaganja s Druge međunarodne konferencije „Zaštita zdravlja starijih ljudi 1998“;1998 ožujak 26-27.; Lovran, Hrvatska. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske;1999.str.53-58.
32. Kaliterna-Lipovčan Lj, Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D, Radašević H, Puljak A, Turek S. Gerontotehnologija u Europi i u Hrvatskoj. Medicus.2005; 14(2): 301-4.
33. Tomek-Roksandić S, Tomasović Mrčela N, Smolej Narančić N, Sigl G. Functional ability of the elderly in the institutional and non-institutional care in Croatia. Coll. Antropol. 2010; 34 (3): 841-6.
34. Walker A. A strategy for active ageing. International Social Security Rewiew. 2002. Vol 55 (1); 121-139.
35. Soriano Rainer P., ed. Fundamentals of Geriatric Medicine, A Case-Based Approach. NY: Springer; 2003.
36. Roman B, Carta L, Martínez-Gonzáles MA, Serra-Majem L. Effectiveness of the Mediterranean diet in the elderly Clinical interventions in Aging. 2008;3(1):97-109.
37. Perko G, Tomić B, Tomek-Roksandić S, Puljak A, Mihok D, Radašević H, Bošnir J, Čulig J. Značaj preventivne prehrane u zdravstvenom turizmu za starije osobe. U: Ivanišević G, ur. Zdravstveni turizam, prehrana, kretanje i zaštita okoliša u Hrvatskoj: Knjiga izlaganja na znanstvenom skupu; 2004 rujan 10-12; Veli Lošinj, Hrvatska. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske; 2004.str. 64-74.

38. Mišigoj-Duraković M i sur. Tjelesno vježbanje i zdravlje, znanstveni dokazi, stavovi, preporuke. Zagreb: Grafos, Fakultet za fizičku kulturu Sveučilišta u Zagrebu; 1999.

III. cjelina Prikazi slučajeva osoba starije životne dobi

1. slučaj: Ivana Barać

M.M., rođena 12.3.1922., završila je osnovnu školu i nikada nije bila u radnom odnosu. Suprug umro, udovica. Živi sa sinom i snahom, u kući u gradu.

Od 1985. godine boluje od Diabetes mellitusa. Redovito ide na kontrole, pridržava se svih savjeta i uputa dobivenih od liječnika. Od lijekova uzima Novomix ujutro 30 i.j. s.c.; Novorapid u podne 6 i.j. te Novomix navečer 16.i.j. Vrijednosti glukoze u krvi kreću se od 7,3 do 9,0 mmol/L. Krvni tlak je u granicama normalnih vrijednosti za životnu dob, kreće se oko 140/80 mmHg.

Navodi kako sve voli jesti, ima 3 obroka dnevno, nema većih i značajnih promjena u tjelesnoj težini. Snaha priprema hranu i pri tome se pridržava dijabetičke dijete. Za doručak i večeru navodi da najčešće jede mliječne proizvode. Pije oko 1,5 litru vode dnevno.

Mokri 4-5 puta tijekom dana, nema poteškoća pri mokrenju. Stolicu ima jednom u 2 dana. Ukoliko nema stolicu više od 3 dana, kada se osjeća „napireno", navodi da uzme tabletu Dulcolaxa ili mineralnu vodu Donat Mg.

Hoda uz pomoć štapa, nestabilna prilikom premještanja i zauzimanja uspravnog položaja. Ima papuče s gumenom potplatom i uzdignute oko gležnja, ali ih ne nosi jer navodi da su joj draže obične papuče. Može sjediti i samostalno mijenjati položaje u krevetu. Dan provodi u fotelji, u dnevnoj sobi, gledajući TV ili na balkonu. Tijekom ljeta snaha zasadi cvijeće na balkonu pa se zabavlja zalijevanjem i njegovanjem cvijeća. Druge aktivnosti ne provodi. Osobnu higijenu obavlja samostalno, sjedeći u tuš kabini na stolici. Uredna je, počešljana, nosi maramu na glavi. Sama se uređuje. Eliminaciju obavlja samostalno, ima uz wc školjku ugrađen držač kako bi se lakše posjela i digla.

Ne spava preko dana, navečer ide spavati oko 22:00 sata i budi se oko 08:00 sati ujutro. Tijekom noći se ne budi često. Ujutro se osjeća odmornom.

Slabije čuje, mora joj se govoriti glasno i gledati u nju. Ne nosi slušni aparat jer ne želi. Ne nosi naočale. Bolove osjeća u koljenu i kukovima, pije prema potrebi Tramal kapsule protiv bolova. Povremeno zaboravlja neke svakodnevne stvari, događaja iz prošlosti se sjeća.

Sebe doživljava kao pozitivnu i dobru osobu. Živi u kući sa sinom i snahom, ali unučad dolazi svakodnevno sa svojim obiteljima. Ima četvero praunučadi i oni su joj jedino društvo. U posljednje vrijeme nije doživjela veći stres. U teškim situacijama i kada se nečega sjeti razgovara s obitelji i oni su joj velika podrška.

Vjernica je, ali ne ide u crkvu zbog smanjene pokretljivosti. Gleda prijenos Svete mise nedjeljom na TV-u. Vjera u Boga joj puno znači i daje joj snagu.

Procjena ponašanja

Prema upitniku „skala procjene ponašanja“ (BRS); Clifton: postupci za procjenu starijih osoba(CAPE) Copyright © 1979 A.H. Pattie and C.J. Gilleard & „Hodder and Stoughton“. Licencno izdanje Publikacije na hrvatskom jeziku „Naklade Slap“, Jastrebarsko.

Red. broj	Tvrdnja	Opis tvrdnje	Broj. vrijed
1.	Kada se kupa ili oblači:	• **Ne treba nikakvu pomoć** • Treba ponešto pomoći • Treba svu moguću pomoć	**0** 1 2
2.	Pri hodanju	• Ne pokazuje znakove slabosti • **Hoda polako bez pomoći, ili koristi štap** • Ne može hodati, ili može samo uz hodalicu, štake ili nekoga uza se	0 **1** 2
3.	Ne može kontrolirati urin i/ili fekalije (danju ili noć)	• **Uvijek može kontrolirati** • Katkada (jednom ili dvaput tjedno) • Često (tri puta tjedno ili češće)	**0** 1 2
4.	Provodi u krevetu cijeli dan (kauč. fotelja ili slično):	• Nikada • Katkad • **Gotovo uvijek**	0 1 **2**
5.	Smeten(a) je (ne može se orijentirati, gubi stvari i slično):	• Gotovo nikad • **Katkad** • Gotovo uvijek	0 **1** 2
6.	Kada je prepušten(a) samom sebi, njegov/njezin izgled (odjeća i/ili kosa):	• **Gotovo nikad nije neuredan** • Katkad je neuredan • Gotovo uvijek je neuredan	**0** 1 2
Tjelesna aktivnost i sposobnost		**Ukupno bodova**	**4**
7.	Ako mu/joj se dopusti izlazak:	• Nikad neće trebati nadzor • **Katkad će trebati nadgledanje** • Uvijek će trebati nadgledanje	0 **1** 2
8.	Pomaže u kući/odjelu	• Često • Katkad • **Nikad**	0 1 **2**
9.	Bavi se konstruktivnom ili korisnom aktivnošću (radi, čita, igra igre, ima hobije i slično):	• Gotovo uvijek • Katkad • **Gotovo nikad**	0 1 **2**
10.	Druži se s ostalima	• **Uspostavlja dobre odnose s ostalima** • Ima katkad teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa	**0** 1

Red. broj	Tvrdnja	Opis tvrdnje	Broj. vrijed
		• Ima velikih teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa	2
11.	Voljan/voljna je učiniti ono što mu/joj se predloži ili ga/ju zamoli:	• Često surađuje • **Katkad surađuje** • Gotovo nikad ne surađuje	0 **1** 2
	Apatija	**Ukupno bodova**	**6**
12.	Razumije što mu/joj se želi priopćiti (govorom, pisanjem ili gestama)	• **Razumije gotovo sve što mu/joj se priopćava** • Razumije ponešto • Ne razumije gotovo ništa	**0** 1 2
13.	Komunicira na razne načine (govorom, pisanjem ili gestama):	• **Dovoljno dobro da ga/ju se može razumjeti** • Katkad ili s malim teškoćama ga/ju se može razumjeti • Rijetko ili nikad ga/ju se može razumjeti iz bilo kojeg razloga	**0** 1 2
	Komunikacija	**Ukupno bodova**	**0**
14.	Nepodnošljiv(a) je za druge **tijekom dana** (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Katkad • Često	**0** 1 2
15.	Nepodnošljiv(a) je za druge tijekom noći (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Katkad • Često	**0** 1 2
16.	Optužuje druge za nanošenje tjelesne boli ili krađu svojih osobnih stvari – ako ste sigurni da su optužbe istinite, zaokružite 2, inače 0 ili 1:	• **Nikada** • Katkad • Često	**0** 1 2
17.	Skuplja očito beznačajne stvari (komadiće papira, žice, ostatke hrane i slično)	• **Nikad** • Katkad • Često	**0** 1 2
18.	Njegov/njezin obrazac spavanja noću je:	• **Gotovo nikada nije budan/na** • Katkad je budan/na • Često je budan/na	**0** 1 2
	Problemi u socijalnim odnosima	**Ukupno bodova**	**0**
Označite kvačicom ono što se odnosi na njega/nju			
	Vid	• **Može vidjeti (ili vidjeti s naočalama)** • Djelomično je slijep/a • Potpuno je slijep/a	*
	Sluh	• Nema teškoća sa sluhom, ne nosi slušna pomagala • Nema teškoća sa sluhom, iako su mu/joj potrebna slušna pomagala • **Ima teškoća sa sluhom i one otežavaju komunikaciju** • Vrlo je gluh/a	*

2. slučaj: Jelena Čizmar

Bolesnik M.T. rođen je 18. 09. 1945. godine, primljen je u OB Vinkovci na Odjel kirurgije 25.01 2013. nakon pada pred kućom, prigodom čišćenja snijega. Nakon prijema učinjen je rtg- potkoljenice te je potvrđena medicinska dg.“fracturae tibialis dex.“

Bolesnik inače boluje od hipertenzije koja se počela jače manifestirati u posljednjih deset godina. Po preporuci svog liječnika pridržava se dijetalne –nemasne prehrane i ograničava unos soli i alkohola. Za sadašnje stanje krivi godine i neopreznost, ali i „omaglicu“ koja mu često zna pratiti povišeni tlak, u takvim uvjetima više ne može točno odrediti uzrok gubitka ravnoteže i pad. Nakon pada nije odmah potražio liječničku pomoć, no kada je bol postala neizdrživa potražio je pomoć u DZ, odakle je odmah preusmjeren u OB.

Bolesnik inače smatra da je dosta dobrog zdravlja. Ponekad se javljaju „omaglice“ , no one su dokazano nuspojava hipertenzije (učinjena je kardio-neurološka obrada), tada po preporuci liječnika popije Irumed (1 tbl) i prilegne te se stanje stabilizira. Kontrolira tlak samostalno i svakodnevno digitalnim tlakomjerom, ujutro i navečer, po potrebi. Ne puši niti pije alkohol i negira bilo kakve alergije.

Sadašnje stanje nastalo je prigodom pada za vrijeme čišćenja okućnice od snijega, kaže kako mu je unuk rekao doći očistiti okućnicu od snijega, no on nije želio sjediti u kući besposlen.

Živi u obiteljskoj kući sa suprugom, ima dva oženjena sina i dvoje unučadi koja žive u istom gradu. Stariji sin i njegova obitelj rijetko dolaze zbog poslovnih obveza, no mlađi sin i unuk ih redovito posjećuju i pomažu „oko kuće“.

Tijekom hospitalizacije najbitnije mu je da ga posjeti supruga, a djeca u skladu s mogućnostima i obavezama.

Apetit mu je uredan i nema problema s kilogramima. Kod kuće jede tri obroka i sudjeluje u pripremi hrane zajedno sa suprugom. Voli jesti povrće, meso (piletinu, teletinu), mliječne proizvode i voće. Po naputcima liječnika pridržava se nemasne dijete te pazi na unos soli.

Najviše voli piti vodu (gaziranu) te zeleni čaj, kojeg pije redovito ujutro i poslijepodne. Pije od 1 do 1,5 l tekućine dnevno. Tijekom hospitalizacije naručena kardiološka dijeta. Navodi da je iznimno zadovoljan hranom koju dobiva.

Kod kuće ima normalnu stolicu, 1 puta dnevno te je i mokrenje također uredno 3- 4 puta tijekom dana. Tijekom bolničkog liječenja stolica svaki 2-3 dan, izjavljuje kako mu je „teško vršiti nuždu u krevetu i stalno moljakati osoblje da mi donesu patku“, ali i sam sa štakom teško odlazi do nužnika, stoga radije“trpim dok mogu,a kad stvarno pritisne reagiram“.

Bolesnik ima dovoljno snage za izvođenje željenih aktivnosti, no ne vježba. Voli lagane poslijepodnevne šetnje sa suprugom i razgovore sa susjedima iz ulice. Slobodno vrijeme najviše voli provoditi sa suprugom, čitajući novine i rješavajući križaljke. Aktivnosti samozbrinjavanja provodi sam. Doma se svakodnevno tušira u mlakoj vodi,uglavnom navečer. Stupanj samostalnosti- pri kretanju,ustajanju- sjedanju , stajanju potrebna mu je pomoć pomagala (štake), pri odijevanju/svlačenju potrebna mu je pomoć druge osobe. Pri hranjenju je samostalan. Kupa se svakodnevno, navečer blagim šamponom i gelom za tuširanje. Bolesnu nogu ne može samostalno oprati te mu pomaže sestra, koja nogu namaže i zaštitnom kremom te po potrebi pomogne navući i čarapu. Inače voli nositi sportske frotirske čarape sa slabijom pasicom.

Bolesnik spava u prosjeku 6-7 sati te se voli ranije probuditi. U bolnici nešto lošije spava zbog „zvučnih fenomena“ oko sebe te potrebe spavanja na leđima na koje inače nije navikao.

Naočale koristi samo pri čitanju, inače ne. Dobro čuje. Primjećuje da je u posljednje vrijeme nešto zaboravan te da se malo teže koncentrira. Nakon repozicije ozlijeđene noge kratkotrajno je bila prisutna bol, no sada je popustila, stoga lijekove za bolove uzima samo po potrebi jer “nije ljubitelj kemije“.

Navodi da ima dosta prijatelja i poznanika u susjedstvu s kojima se rado druži. Ne osjeća se usamljen te govori da su mu supruga i obitelj podrška u svemu. Posebno ističe mlađeg unuka, za kojeg kaže da je iznimno dobar i vrijedan te mu hoće pripomoći u svemu.

Kao najveći uzrok svog nezadovoljstva navodi rijetko viđanje starijeg sina i njegove obitelji radi “pretrpanosti poslovnim obavezama“. Izjavljuje:“ Trebao bi pokazati malo više interesa za stare roditelje.“

Katoličke je vjere te nedjeljom zajedno sa suprugom odlazi na misu, naglašava da mu je vjera jako važna u životu.

Fizikalni pregled:

Tjelesna visina: 182 cm. Tjelesna masa: 78 kg. Tjelesna temperatura: 36,9 (aksilarno). Puls:72 otk./min., punjenost dobra, ritmičan. RR:145/90mmHg, lijeva ruka, ležeći položaj. Disanje:17 udisaj/min, normalne dubine. Koža: boja i turgor normalni, bez oštećenja i patoloških promjena. Usna šupljina: uredna, bez naslaga i oštećenja sluznice.Ima svoje vlastito zubalo. Promjene u kretanju (stajanje, sjedanje, ustajanje - potrebno pomagalo), odijevanje (svlačenje,odijevanje - pomoć sestre), prije hospitalizacije sve -0.

Procjena ponašanja

Prema upitniku „skala procjene ponašanja“ (BRS); Clifton: postupci za procjenu starijih osoba(CAPE) Copyright © 1979 A.H. Pattie and C.J. Gilleard & „Hodder and Stoughton“. Licencno izdanje Publikacije na hrvatskom jeziku „Naklade Slap“, Jastrebarsko.

Red. br. pitanja	Tvrdnja	Opis tvrdnje	Brojčana vrijednost
1.	Kada se kupa ili odijeva:	• Ne treba nikakvu pomoć • **Treba ponešto pomoći** • Treba svu moguću pomoć	0 **1** 2
2.	Pri hodanju	• Ne pokazuje znakove slabosti • **Hoda polako bez pomoći, ili koristi štap** • Ne može hodati, ili može samo uz hodalicu, štake ili nekoga uza se	0 **1** 2
3.	Ne može kontrolirati **urin** i/ili fekalije (danju ili noć)(traj.urin.kat.)	• **Uvijek može kontrolirati** • Ponekad (jednom ili dvaput tjedno) • Često (tri puta tjedno ili češće)	**0** 1 2
4.	Provodi u krevetu cijeli dan (kauč, fotelja ili slično):	• **Nikada** • Ponekad • Gotovo uvijek	**0** 1 2
5.	Smeten(a) je (ne može se orijentirati, gubi stvari i slično):	• **Gotovo nikad** • Ponekad • Gotovo uvijek	**0** 1 2
6.	Kada je prepušten(a) samom sebi, njegov/njezin izgled (odjeća i/ili kosa):	• **Gotovo nikad nije neuredan** • Ponekad je neuredan • Gotovo uvijek je neuredan	**0** 1 2
Tjelesna aktivnost i sposobnost		**Ukupno:**	**2**
7.	Ako mu/joj se dopusti izlazak:	• **Nikad neće trebati nadzor** • Ponekad će trebati nadgledanje • Uvijek će trebati nadgledanje	**0** 1 2
8.	Pomaže u kući/odjelu	• **Često** • Katkad • Nikad	**0** 1 2
9.	Bavi se konstruktivnom ili korisnom aktivnošću (radi, čita, igra igre, ima hobije i slično):	• **Gotovo uvijek** • Ponekad • Gotovo nikad	**0** 1 2
10.	Druži se s ostalima	• **Uspostavlja dobre odnose s ostalima** • Ima ponekad teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa • Ima velikih teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa	**0** 1 2

11.	Voljan/voljna je učiniti ono što mu/joj se predloži ili ga/ju se zamoli:	• **Često surađuje** • Ponekad surađuje • Gotovo nikad ne surađuje	**0** 1 2
Apatija		**Ukupno:**	**0**
12.	Razumije što mu/joj se želi priopćiti (govorom, pisanjem ili gestama)	• **Razumije gotovo sve što mu/joj se priopćava** • Razumije ponešto • Ne razumije gotovo ništa	**0** 1 2
13.	Komunicira na razne načine (govorom, pisanjem ili gestama):	• **Dovoljno dobro da ga/ju se može razumjeti** • Ponekad ili s malim teškoćama ga/ju se može razumjeti • Rijetko ili nikad ga/ju se može razumjeti iz bilo kojeg razloga	**0** 1 2
Ukupno:			**0**
14.	Nepodnošljiv(a) je za druge **tijekom dana** (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Ponekad • Često	**0** 1 2
15.	Nepodnošljiv(a) je za druge **tijekom noći** (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Ponekad • Često	**0** 1 2
16.	Optužuje druge za nanošenje tjelesne boli ili krađu svojih osobnih stvari – ako ste sigurni da su optužbe istinite, zaokružite 2, inače 0 ili 1:	• **Nikada** • Ponekad • Često	**0** 1 2
17.	Skuplja očito beznačajne stvari (komadiće papira, žice, ostatke hrane i slično)	• **Nikad** • Ponekad • Često	**0** 1 2
18.	Njegov/njezin obrazac spavanja noću je:	• Gotovo nikada nije budan/na • **Ponekad je budan/na** • Često je budan/na	0 **1** 2
Socijalni odnosi		**Ukupno:**	**1**
Označite kvačicom ono što se odnosi na njega/nju			
	Vid	• **Može vidjeti (ili vidjeti s naočalama)** • Djelomice je slijep/a • Potpuno je slijep/a	✓
	Sluh	• **Nema teškoća sa sluhom, ne nosi slušna pomagala** • Nema teškoća sa sluhom, iako su mu/joj potrebna slušna pomagala • Ima teškoća sa sluhom i one otežavaju komunikaciju • Vrlo je gluh/a	*

3. slučaj: Sanja Dravinski

Bolesnica B.L., stara 75 godina, majka dvoje odrasle djece., 1.12.2012. dovežena je kolima hitne medicinske pomoći nakon pada u kupaonici, pri čemu je kratkotrajno ostala bez svijesti. Pri hitnom prijemu, učinjena je CT snimka mozga te je dijagnosticiran ishemijski CVI. Unazad 15 godina ima hipertenziju, 2003. imala prvi puta CVI, heipareza desno, od 2004. ima diabetes melitus, a 2009. operirala mrenu. Neredovito uzima lijekove. Ponekad ima povišeni krvni tlak i tada prema preporuci liječnika popije 1 tabletu Nifedipina. Snaha joj kontrolira krvni tlak svaki dan ujutro. Alergije negira. Ne konzumira alkohol niti puši. Sadašnja je bolest nastala uslijed povišenog krvnog tlaka.

Kod kuće imala tri obroka dnevno. Zajedno sa snahom ponekad priprema domaća jela. Najviše voli žgance, svježi domaći sir. Ima stolicu jednom dnevno. Kada izostane, popije žlicu maslinovog ulja i ne uzima kruh. Katkada ne može kontrolirati mokraću i to najčešće kada se nakašlje ili kihne (jednom ili dva puta tjedno). Hoda polako, bez pomoći ili sa štapom. Katkada provodi u krevetu cijeli dan, ali se i ponekad bavi konstruktivnim radom, voli peći kolače i radi ručne radove. Teže hoda i oslanja se na desnu nogu.

Katkada nema volju jesti, te joj tada treba donijeti hranu i pribor, jede samostalno u sjedećem položaju.

Ponekad nema volju za kupanjem, pa ostavlja dojam zapuštene osobe. Gotovo uvijek gubi stvari i ne zna gdje što ostavlja. Kada se dobro osjeća odlazi u šetnju te joj katkada treba nadgledanje jer se ponekad događa da je smetena i dezorjentirana te nema dovoljno sposobnosti prepoznati put do kuće.

Uspostavlja dobre odnose s ostalima. Posebno je vesele posjeti unučadi, za njih je voljna učiniti sve što je zamole. S njima se aktivno igra i razgovara. Komunicira i s ostalim ukućanima, iako ponekad i ne razumije o čemu se razgovara.

Gotovo uvijek, kada je u prilici, upliće se u tuđe poslove, često daje neprimjerene komentare i donosi krive zaključke. Katkada se noću probudi i uznemiri ostale ukućane. Traži pažnju i razumijevanje svoje obitelji, iako bezrazložno optužuje snahu i sina za krađu njenih osobnih stvari. Nikada ne skuplja beskorisne sitnice.

Slabije čuje te joj je preporučeno slušno pomagalo, ali ga ona nikako ne prihvaća te tvrdi da dobro čuje. Naočale koristi samo za čitanje.

Procjena ponašanja

Prema upitniku „skala procjene ponašanja“ (BRS); Clifton: postupci za procjenu starijih osoba (CAPE) Copyright © 1979 A.H. Pattie and C.J. Gilleard & „Hodder and Stoughton“. Licencno izdanje Publikacije na hrvatskom jeziku „Naklade Slap“, Jastrebarsko.

Red. br	Pitanje	Opis pitanja	Br. vrijed.
1.	Kada se kupa ili oblači:	• Ne treba nikakvu pomoć • **Treba ponešto pomoći** • Treba svu moguću pomoć	0 **1** 2
2.	Pri hodanju	• Ne pokazuje znakove slabosti • **Hoda polako bez pomoći ili koristi štap** • Ne može hodati ili može samo uz hodalicu, štake ili nekoga uza se	0 **1** 2
3.	Ne može kontrolirati urin i/ili fekalije (danju ili noć)	• Uvijek može kontrolirati • **Katkada (jednom ili dvaput tjedno)** • Često (tri puta tjedno ili češće)	0 **1** 2
4.	Provodi u krevetu cijeli dan (kauč, fotelja ili slično):	• Nikada • **Katkad** • Gotovo uvijek	0 **1** 2
5.	Smeten(a) je (ne može se orijentirati, gubi stvari i slično):	• Gotovo nikad • Katkad • **Gotovo uvijek**	**0** 1 **2**
6.	Kada je prepušten(a) samom sebi, njegov/njezin izgled (odjeća i/ili kosa):	• Gotovo nikad nije neuredan • **Katkad je neuredan** • Gotovo uvijek je neuredan	**0** **1** 2
Tjelesna aktivnost i sposobnost		**Ukupno:**	**7**
7.	Ako mu/joj se dopusti izlazak:	• Nikad neće trebati nadzor • **Katkad će trebati nadgledanje** • Uvijek će trebati nadgledanje	0 **1** 2
8.	Pomaže u kući/odjelu	• **Često** • Katkad • Nikad	**0** 1 2
9.	Bavi se konstruktivnom ili korisnom aktivnošću (radi, čita, igra igre, ima hobije i slično):	• Gotovo uvijek • **Katkad** • Gotovo nikad	0 **1** 2
10.	Druži se s ostalima	• **Uspostavlja dobre odnose s ostalima** • Ima katkad teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa • Ima velikih teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa	0 1 2
11.	Voljan/voljna je učiniti ono što mu/joj	• **Često surađuje**	0

Red. br	Pitanje	Opis pitanja	Br. vrijed.
	se predloži ili ga/ju zamoli:	• Katkad surađuje • Gotovo nikad ne surađuje	1 2
Apatija		**Ukupno:**	**2**
12.	Razumije što mu/joj se želi priopćiti (govorom, pisanjem ili gestama)	• Razumije gotovo sve što mu/joj se priopćava • **Razumije ponešto** • Ne razumije gotovo ništa	0 **1** 2
13.	Komunicira na razne načine (govorom, pisanjem ili gestama):	• **Dovoljno dobro da ga/ju se može razumjeti** • Katkad ili s malim teškoćama ga/ju se može razumjeti • Rijetko ili nikad ga/ju se može razumjeti iz bilo kojeg razloga	0 1 2
Komunikacija		**Ukupno:**	**1**
14.	Nepodnošljiv(a) je za druge **tijekom dana** (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• Rijetko ili nikad • Katkad • **Često**	0 1 **2**
15.	Nepodnošljiv(a) je za druge **tijekom noći** (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• Rijetko ili nikad • **Katkad** • Često	0 **1** 2
16.	Optužuje druge za nanošenje tjelesne boli ili krađu svojih osobnih stvari – ako ste sigurni da su optužbe istinite, zaokružite 2, inače 0 ili 1:	• Nikada • **Katkad** • Često	0 **1** 2
17.	Skuplja očito beznačajne stvari (komadiće papira, žice, ostatke hrane i slično)	• **Nikad** • Katkad • često	**0** 1 2
18.	Njegov/njezin obrazac spavanja noću je:	• Gotovo nikada nije budan/na • **Katkad je budan/na** • Često je budan/na	0 **1** 2
Socijalni odnosi		**Ukupno:**	**5**
		Sveukupno:	**15**
Označite kvačicom ono što se odnosi na njega/nju			
	Vid	• **Može vidjeti (ili vidjeti s naočalama)** • Djelomično je slijep/a • Potpuno je slijep/a	✓

Red. br	**Pitanje**	**Opis pitanja**	**Br. vrijed.**
	Sluh	• Nema teškoća sa sluhom, ne nosi slušna pomagala • **Nema teškoća sa sluhom, iako su mu/joj potrebna slušna pomagala** • Ima teškoća sa sluhom i one otežavaju komunikaciju • Vrlo je gluh/a	✓

4. slučaj: Ljiljana Eršek

V.M., rođena 1.10.1938. godine, udovica, majka jedne kćeri, u mirovini je. Živi sama u vlastitom stanu u Osijeku.

Godinama se liječi od reumatoidnog artritisa, u više navrata je hospitalizirana. Zadnji puta u rujnu 2011. godine. Urađena joj je totalna endoproteza oba koljena. Vidljiv je deformitet laktova, ručnih zglobova, šaka, zadebljana su joj koljena. Deformirana su joj koljena u sklopu osnovne bolesti te su prisutni statički edemi. Nepokretna je. U terapiji joj je propisano: Knavon tbl., Zaracet tbl., Amlopin 50 mg. tbl., Amaril 2mg.

Jede prirodno, na usta, samostalno, tri obroka dnevno.

Jednom dnevno, za ručak, ima dostavu hrane. Ostale obroke joj donosi kćerka, prijateljice i susjeda. Najviše voli jesti variva, kuhano meso i sve kompote. Svaki dan pojede 4-5 suhih šljiva, a svaki dugi dan popije 1 Donat za regulaciju stolice. Stolicu ima svaki drugi dan.

Ne voli jesti pečeno meso i svježe jabuke. Pije oko litru tekućine dnevno, najradije biljne čajeve i vodu. Ne voli piti sokove. Mokri 5-6 puta dnevno u pelenu, a susjeda joj dođe promijeniti pelene tri puta dnevno. Sve aktivnosti obavlja u krevetu. Samostalno se može okrenuti u krevetu i sjesti na rub kreveta, prinijeti žlicu i čašu ustima. Čini to polako, ali sama.

Za obavljanje osobne higijene, eliminaciju i serviranje hrane potrebna joj je pomoć druge osobe. Češlja se polako sama, zube pere dva puta dnevno, ujutro i navečer kada dođe susjeda i doda joj četkicu i pastu za zube. Nokte joj uređuje unuka i svakodnevno krema ruke, to smatra vježbanjem šaka. Nabavku i kućanske poslove obavlja druga osoba. Dobro čuje i pamti, a za čitanje nosi naočale. Godinama nije bila na kontroli vida. Svakodnevno za bolove uzima nešto od propisane terapije.

Komunikativna je, vedra osoba i dobro se nosi sa svojom boləšću. Svakodnevno čita dnevnu štampu i rado priča o novostima koje pročita. Rado priča događaje iz djetinjstva i žao joj je što ne zna raditi na računalu, jer bi , kako navodi, „rado pisala dječje priče“.

Spava u toploj prostoriji, voli flanel spavaćice i čarape na stopalima. Pokriva se mekanom dekom i jorganom. Voli kada joj je toplo. Pod glavom ima jedan veliki i jedan mali jastuk. Spava od 22 sata do 5 ujutro. Ponekad se budi noću, ali brzo zaspi. Uglavnom spava u

kontinuitetu. Rijetko pati od nesanice, a kada se to i dogodi se ne muči usnivanjem nego čita knjige koje joj donose prijateljice ili gleda televiziju. Kćerka i unuka ju obilaze dva puta tjedno jer obje rade. Veseli se njihovim posjetima, voljela bi da su češći, ali razumije kako je to nemoguće zbog posla. Ne osjeća se usamljeno. Ima prijateljice koje ju svakodnevno obilaze, naprave nešto oko nje ili samo razgovaraju. Susjeda dolazi tri puta dnevno, a kada je potrebno i češće. Stresova je imala puno, od smrti supruga prije pet godina, prijevremene invalidske mirovine i smrti drage prijateljice. Vjernica je, svakodnevno pročita nekoliko redaka iz Svetog pisma, moli se i žao joj je što zbog bolesti ne može ići na Svetu misu.

Fizikalni pregled: TT 75 kg., TV 165 cm., RR 160/80 mmHg, očuvanog integriteta kože. Procjena rizika za dekubitus na Norton skali 3, 4, 1, 1, 1= 10 (visok rizik za dekubitus).

Skala procjene ponašanja (BRS)

Prema upitniku „skala procjene ponašanja“ (BRS); Clifton: postupci za procjenu starijih osoba (CAPE) Copyright © 1979 A.H. Pattie and C.J. Gilleard & „Hodder and Stoughton“. Licencno izdanje Publikacije na hrvatskom jeziku „Naklade Slap“, Jastrebarsko.

Redni broj	Tvrdnja	Opis tvrdnje	Br.vrijednost
1.	Kada se kupa ili oblači:	• Ne treba nikakvu pomoć • Treba ponešto pomoći • **Treba svu moguću pomoć**	**0** 1 **2**
2.	Pri hodanju	• Ne pokazuje znakove slabosti • Hoda polako bez pomoći, ili koristi štap • **Ne može hodati ili može samo uz hodalicu, štake ili nekoga uza se**	0 1 **2**
3.	Ne može kontrolirati urin i/ili fekalije (danju ili noću)	• **Uvijek može kontrolirati** • Katkada (jednom ili dvaput tjedno) • Često (tri puta tjedno ili češće)	**0** 1 2
4.	Provodi u krevetu cijeli dan (kauč, fotelja ili slično):	• Nikada • Katkad • **Gotovo uvijek**	0 1 **2**
5.	Smeten(a) je (ne može se orijentirati, gubi stvari i slično):	• **Gotovo nikad** • Katkad • Gotovo uvijek	**0** 1 2
6.	Kada je prepušten(a) samom sebi, njegov/njezin izgled (odjeća i/ili kosa):	• Gotovo nikad nije neuredan • **Katkad je neuredan** • Gotovo uvijek je neuredan	**0** **1** 2
Tjelesna aktivnost i sposobnost		**Ukupno:**	**9**
7.	Ako mu/joj se dopusti izlazak:	• Nikad neće trebati nadzor	0

Redni broj	Tvrdnja	Opis tvrdnje	Br.vrijednost
		• Katkad će trebati nadgledanje • **Uvijek će trebati nadgledanje**	1 **2**
8.	Pomaže u kući/odjelu	• Često • Katkad • **Nikad**	0 1 **2**
9.	Bavi se konstruktivnom ili korisnom aktivnošću (radi, čita, igra igre, ima hobije i slično):	• Gotovo uvijek • **Katkad** • Gotovo nikad	0 **1** 2
10.	Druži se s ostalima	• Uspostavlja dobre odnose s ostalima • **Ima katkad teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa** • Ima velikih teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa	0 **1** 2
11.	Voljan/voljna je učiniti ono što mu/joj se predloži ili ga/ju zamoli:	• **Često surađuje** • Katkad surađuje • Gotovo nikad ne surađuje	**0** 1 2
Apatija		**Ukupno:**	**6**
12.	Razumije što mu/joj se želi priopćiti (govorom, pisanjem ili gestama)	• **Razumije gotovo sve što mu/joj se priopćava** • Razumije ponešto • Ne razumije gotovo ništa	**0** 1 2
13.	Komunicira na razne načine (govorom, pisanjem ili gestama):	• **Dovoljno dobro da ga/ju se može razumjeti** • Katkad ili s malim teškoćama ga/ju se može razumjeti • Rijetko ili nikad ga/ju se može razumjeti iz bilo kojeg razloga	**0** 1 2
Komunikacija		**Ukupno:**	**0**
14.	Nepodnošljiv(a) je za druge **tijekom dana** (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Katkad • Često	**0** 1 2
15.	Nepodnošljiv(a) je za druge **tijekom noći** (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Katkad • Često	**0** 1 2
16.	Optužuje druge za nanošenje tjelesne boli ili krađu svojih osobnih stvari – ako ste sigurni da su optužbe istinite, zaokružite 2, inače 0 ili 1:	• **Nikada** • Katkad • Često	**0** 1 2
17.	Skuplja očito beznačajne stvari	• **Nikad**	**0**

Redni broj	Tvrdnja	Opis tvrdnje	Br.vrijednost
	(komadiće papira, žice, ostatke hrane i slično)	• Katkad • Često	1 2
18.	Njegov/njezin obrazac spavanja noću je:	• Gotovo nikada nije budan/na • **Katkad je budan/na** • Često je budan/na	0 **1** 2
Socijalni odnosi		**Ukupno:**	**1**
		Sveukupno:	**11**
Označite kvačicom ono što se odnosi na njega/nju			
	Vid	• **Može vidjeti (ili vidjeti s naočalama)** • Djelomično je slijep/a • Potpuno je slijep/a	✓
	Sluh	• **Nema teškoća sa sluhom, ne nosi slušna pomagala** • Nema teškoća sa sluhom, iako su mu/joj potrebna slušna pomagala • Ima teškoća sa sluhom i one otežavaju komunikaciju • Vrlo je gluh/a	✓

5. slučaj: Zdenka Kesl

Bolesnik S.K., rođen 1934., umirovljenik, oženjen, otac dvojice odraslih sinova, živi sa suprugom, iz Osijeka. Zdravstvena njega u kući jedan puta tjedno realizirana je na prijedlog obiteljskog liječnika zbog pomoći u obavljanju osobne higijene.

Bolesnik imao dva moždana, 15.03. i 19.03. 2012., zbog kojih je bio hospitaliziran u KBC-u na Klinici za Neurologiju, pod medicinskom dijagnozom: Hemiparesis dex. post ICV.

Slabe osteomuskularne građe, TV 178 CM, tt 70 KG, RR 140/90 mmHg, puls 75 0/min, ritam pravilan, temp. Ax. 36,4*C, disanje normalno, broj udisaja 16. Boja kože i slunica normalna, turgor oslabljen. Izražena atrofija mišića desne ruke, vidljiva koštana izbočina zgloba desne šake.

Redovito išao na liječničke preglede i kontrolirao krvni tlak. Od lijekova je uzimao Iruzid i Concor, a sada pored ove terapije uzima i Martefarin i Aspirin.

Navodi kako ima dobar apetit, jede 3 puta dnevno, hranu mu priprema supruga. Po naputku liječnika priprema mu hranu s maksimalno 2 gr soli dnevno. Pije 1 – 1,5 l tekućine, uglavnom vodu.

Mokri 5 – 6 puta dnevno, ponekad se po noći pomokri, koristi uloške samo za noć. Stolicu ima svaki drugi dan.

Kreće se uz pomoć hodalice. Najviše vremena provede u fotelji ispred televizora. Kada je lijepo vrijeme voli prošetati po vrtu. Ne može samostalno obavljati osobnu higijenu niti se odijevati. U tome mu pomaže supruga. Nema posebnu odjeću za kretanje po kući. Na Morseovoj ljestvici uočen visok rizik za pad (50 bodova).

Sa spavanjem nema problema, legne oko 9 uvečer, a budi se oko 5 ujutro.

Sa sluhom i vidom nema problema, nosi naočale samo za čitanje. Većine događaja iz prošlosti se ne može odmah sjetiti, tek kada mu supruga ispriča onda se sjeti nekih detalja. Govori usporeno, ali razumljivo, neke riječi teško oblikuje.

Supruga izjavljuje: „Ponekad je jako teške naravi. Ljuti se na mene, viče kako mu sakrivam stvari.“

Provodi vježbe s fizioterapeutom dva puta tjedno, a samostalno svaki dan ujutro i navečer. Supruga ga često mora poticati na provođenje vježbi.

Ne voli se družiti s prijateljima jer mu je teško kada govori, ali voli društvo sinova i unuka.

Procjena ponašanja

Prema upitniku „skala procjene ponašanja“ (BRS); Clifton: postupci za procjenu starijih osoba (CAPE).

Red. broj	Pitanje	Opis pitanja	Broj. vrijed.
1.	Kada se kupa ili oblači	• Ne treba nikakvu pomoć • **Treba ponešto pomoći** • Treba svu moguću pomoć	0 **1** 2
2.	Pri hodanju	• Ne pokazuje znakove slabosti • Hoda polako bez pomoći ili koristi štap • **Ne može hodati, ili može samo uz hodalicu, štake ili nekoga uz se**	0 1 **2**
3.	Ne može kontrolirati urin i/ili fekalije (danju ili noću)	• **Uvijek može kontrolirati** • Katkada (jednom ili dvaput tjedno) • Često (tri puta tjedno ili češće)	0 **1** 2
4.	Provodi u krevetu cijeli dan (kauč, fotelja ili slično)	• Nikada • **Katkad** • Gotovo uvijek	1 **2** 3
5.	Smeten(a) je (ne može se orijentirati, gubi stvari i slično	• Gotovo nikad • **Katkad** • Gotovo uvijek	1 **2** 3
6.	Kada je prepušten(a) samom sebi, njegov/njezin izgled (odjeća i/ili kosa)	• Gotovo nikad nije neuredan • **Katkad je neuredan** • Gotovo uvijek je neuredan	1 **2** 3
Tjelesna aktivnost i sposobnost		**Ukupno**	**10**
7.	Ako mu/joj se dopusti izlazak	• Nikad neće trebati nadzor • Katkad će trebati nadgledanje • **Uvijek će trebati nadgledanje**	0 1 **2**
8.	Pomaže u kući/odjelu	• Često • Katkad • **Nikad**	0 1 **2**
9.	Bavi se konstruktivnom ili korisnom aktivnošću (radi, čita, igra igre, ima hobije, i slično)	• Gotovo uvijek • **Katkad** • Gotovo nikad	0 **1** 2
10.	Druži se s ostalima	• Uspostavlja dobre odnose s ostalima • Ima katkad teškoće pri uspostavljanju dobrih odnosa • **Ima velikih teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa**	1 2 **3**
11.	Voljan/voljna je učiniti ono što mu/joj se predloži ili ga/ju zamoli	• Često surađuje • **Katkad surađuje** Gotovo nikad ne surađuje	0 **1** 2

Red. broj	Pitanje	Opis pitanja	Broj. vrijed.
Apatija		**Ukupno:**	**9**
12.	Razumije što mu/joj se želi priopćiti (govorom, pisanjem ili gestama)	• **Razumije gotovo sve što mu/joj se priopćava** • Razumije ponešto • Ne razumije gotovo ništa	**0** 1 2
13.	Komunicira na razne načine (govorom, pisanjem, ili gestama)	• Dovoljno dobro da ga/ju se može razumjeti • **Katkad ili s malim teškoćama ga/ju se može razumjeti** • Rijetko ili nikad ga/ju se može razumjeti iz bilo kojeg razloga	0 **1** 2
Komunikacija		**Ukupno:**	**0**
14.	Nepodnošljiv(a) je za druge **tijekom dana** (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• Rijetko ili nikad • **Katkad** • Često	0 **1** 2
15.	Nepodnošljiv(a) je za druge **tijekom noći** (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja,petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• Rijetko ili nikad • **Katkad** • Često	0 **1** 2
16.	Optužuje druge za nanošenje tjelesne boli ili krađu svojih osobnih stvari – ako ste sigurni da su optužbe istinite, zaokružite 2, inače 0 ili 1	• Nikada • **Katkad** • Često	0 **1** 2
17.	Skuplja očito beznačajne stvari (komadiće papira, žice, ostatke hrane i slično)	• Nikad • **Katkad** • Često	0 **1** 2
18.	Njegov/njezin obrazac spavanja noću je	• Gotovo nikada nije budna • **Katkad je budan/na** • Često je budan/na	0 **1** 2
Socijalni odnosi		**Ukupno:**	**5**
		Sveukupno:	**24**
Označite kvačicom ono što se odnosi na njega/nju			
	Vid	• **Može vidjeti (ili vidjeti s naočalama)** • Djelomično je slijep/a • Potpuno je slijep/a	✓
	Sluh	• **Nema teškoća sa sluhom, ne nosi slušna pomagala**	✓

Red. broj	Pitanje	Opis pitanja	Broj. vrijed.
		• Nema teškoća sa sluhom, iako su mu/joj potrebna slušna pomagala • Ima teškoća sa sluhom i one otežavaju komunikaciju • Vrlo je gluha	

6. slučaj: Maja Kljaić

Bolesnik N. K. rođen je 22. ožujka 1925. godine. Udovac je zadnjih 10 godina i umirovljenik. Ima završenu osnovnu školu. Živi u stanu s kćerkom i unukom. Dana 14. studenog 2012. godine hospitaliziran je zbog gangrene desnog stopala, nakon čega je učinjena amputacija desnog stopala. Pušten je na kućnu njegu, nakon dva tjedna provedena u bolnici, ima značajne kontrakture i drugi stupanj dekubitusa.

Opće zdravstveno stanje bolesnika je loše, s obzirom na dob i teški operativni zahvat učinjen u bolnici. O bolesniku se brine kćerka, uz njega je danonoćno. Nakon dolaska kući, bolesnik navodi: „ Bolje mi je umrijeti, nego ovo sve trpjeti.“ Uz kćerkino bodrenje i motiviranje bolesnik počinje surađivati i pridržava se potrebnih uputa. Bolesniku dolazi u kućnu njegu medicinska sestra tijekom 5 dana u tjednu. Redovito mu se previja dekubitalna rana drugog stupnja na području trtice. Rezultati Nortonove skale za procjenu sklonosti dekubitusu su: 10 (2 + 3 + 2 + 2 + 1). Prije hospitalizacije bolesnik nije imao znakove dekubitusa.

Bolesnik često nema tek i odbija jesti, pothranjene je konstitucije. Ipak, uz kćerkin poticaj, često konzumira hranu, ona mu uvelike pomaže i pri hranjenju. Od hrane najviše voli jesti banane, razne kašice od povrća, juhe, kuhano povrće i ponekad kolač. Ne jede meso već 30 godina. Od tekućine najčešće konzumira vodu, pije iz bočice do 1 litru vode dnevno, svakih 2 – 3 sata. Ponekad popije čaj s medom. Bolesnik nema zube niti nosi umjetno zubalo. Nema poteškoće s gutanjem, ali jede sporije.

Bolesnik nema kontrolu izlučivanja stolice i urina. Stolice su učestale, većinom tekuće konzistencije. Mokri nekoliko puta dnevno. Ne znoji se. Nosi pelene.

Bolesnik često, zbog opće iscrpljenosti, nema dovoljno snage za izvođenje samostalnih i željenih aktivnosti. Kreće se vrlo rijetko, uz pomoć druge osobe i pomagala – invalidskih kolica. Ne vježba. Prigodom zahtijevanih aktivnosti, kao što su kupanje, odijevanje, promjena položaja u krevetu bolesniku je potrebna potpuna pomoć druge osobe. Kod hranjenja bolesniku je potrebna djelomična pomoć druge osobe. Kućanske poslove i kupovinu obavlja kćerka. Stupanj samostalnosti od 0 – 4: hranjenje 3, kupanje 4, vršenje nužde 4, promjena položaja u krevetu 3, odijevanje 4, češljanje 4. Bolesnik nije prije hospitalizacije pridavao osobitu važnost provođenju osobne higijene.

Bolesnik ne spava noću, češće spava preko dana, uz primjenu lijekova za spavanje, prema preporuci liječnika. Često ima nesanice i budi se rano. Nakon spavanja nije spreman za provođenje aktivnosti.

Bolesnik ima poteškoće s vidom i sluhom, ne nosi naočale niti slušni aparat. Posljednju kontrolu vida imao je prije 7 godina, kada mu je dijagnosticirana očna mrena, koju je odbio operirati. Ponekad mu se dogodi da na trenutak nije orijentiran u vremenu i prostoru, no često se prisjeća vremena iz svoje mladosti. Uzima lijekove protiv bolova, uz poticaj svoje kćerke, nakon čega redovito zaspi. Jačina bolova, nakon popijene tablete, značajno je umanjena.
Većinu vremena o sebi misli dosta loše, verbalizira strah od smrti i od „ onoga što ga čeka poslije smrti.“ Često je potišten, tjeskoban i gubi nadu da će mu biti bolje. Amputaciju noge teško proživljava, navodi: „ Nitko mi u bolnici nije rekao da će mi noga biti amputirana, nakon operacije, probudio sam se bez noge.“
Bolesnik živi s kćerkom i unukom. Odnosi među njima su tolerantni. Obitelj teško podnosi njegovo trenutno stanje. Redovito mu dolaze u posjete rodbina i uža obitelj.
U teškim trenucima bolesniku pomaže kćerka, ona ga tješi i pokazuje razumijevanje. Kao stresnu situaciju često navodi događaje iz vremena Drugog svjetskog rata, tada je bio vojnik i teško proživljava to ratno doba.

Procjena ponašanja

Prema upitniku „skala procjene ponašanja“ (BRS); Clifton: postupci za procjenu starijih osoba(CAPE) Copyright © 1979 A.H. Pattie and C.J. Gilleard & „Hodder and Stoughton“. Licencno izdanje Publikacije na hrvatskom jeziku „Naklade Slap“, Jastrebarsko.

Red. br. pitanja	Tvrdnja	Opis tvrdnje	Brojčana vrijednos
1.	Kada se kupa ili odijeva:	• Ne treba nikakvu pomoć • Treba ponešto pomoći • **Treba svu moguću pomoć**	0 1 **2**
2.	Pri hodanju	• Ne pokazuje znakove slabosti • Hoda polako bez pomoći, ili koristi štap • **Ne može hodati, ili može samo uz hodalicu, štake ili nekoga uza se**	0 1 **2**
3.	Ne može kontrolirati urin i/ili fekalije (danju ili noću)	• Uvijek može kontrolirati • Ponekad (jednom ili dvaput tjedno) • **Često (tri puta tjedno ili češće)**	0 1 **2**
4.	Provodi u krevetu cijeli dan (pod krevetom se ne podrazumijeva kauč, fotelja i slično)	• Nikada • Ponekad • **Gotovo uvijek**	0 1 **2**

5.	Smeten(a) je (ne može se orijentirati, gubi stvari i slično):	• Gotovo nikad • Ponekad • **Gotovo uvijek**	0 1 **2**
6.	Kada je prepušten(a) samom sebi, njegov/njezin izgled (odjeća i/ili kosa):	• Gotovo nikad nije neuredan • Ponekad je neuredan • **Gotovo uvijek je neuredan**	0 1 **2**
Tjelesna aktivnost i sposobnost		**Ukupno:**	**12**
7.	Ako mu/joj se dopusti izlazak:	• Nikad neće trebati nadzor • Ponekad će trebati nadgledanje • **Uvijek će trebati nadgledanje**	0 1 **2**
8.	Pomaže u kući/odjelu	• Često • Ponekad • **Nikad**	0 1 **2**
9.	Bavi se konstruktivnom ili korisnom aktivnošću (radi, čita, igra igre, ima hobije i slično):	• Gotovo uvijek • Ponekad • **Gotovo nikada**	0 1 **2**
10.	Druži se s ostalima	• **Uspostavlja dobre odnose s ostalima** • Ima ponekad teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa • **Ima velikih teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa**	**0** 1 **2**
11.	Voljan/voljna je učiniti ono što mu/joj se predloži ili ga/ju se zamoli:	• Često surađuje • **Katkad surađuje** • Gotovo nikad ne surađuje	0 **1** 2
Apatija		**Ukupno:**	**9**
12.	Razumije što mu/joj se želi priopćiti (govorom, pisanjem ili gestama)	• **Razumije gotovo sve što mu/joj se priopćava** • Razumije ponešto • Ne razumije gotovo ništa	**0** 1 2
13.	Komunicira na razne načine (govorom, pisanjem ili gestama):	• **Dovoljno dobro da ga/ju se može razumjeti** • Katkad ili s malim teškoćama ga/ju se može razumjeti • Rijetko ili nikad ga/ju se može razumjeti iz bilo kojeg razloga	**0** 1 2
Komunikacija		**Ukupno:**	**0**
14.	Nepodnošljiv je za druge tijekom dana (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove):	• Rijetko ili nikada • Katkad • **Često**	0 1 **2**
15.	Nepodnošljiv(a) je za druge tijekom noći (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u	• Rijetko ili nikada • Katkad • **Često**	0 1 **2**

	tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)		
16.	Optužuje druge za nanošenje tjelesne boli ili krađu svojih osobnih stvari – ako ste sigurni da su optužbe istinite, zaokružite 2, inače 0 ili 1:	• **Nikada** • Ponekad • Često	**0** 1 2
17.	Skuplja očito beznačajne stvari (komadiće papira, žice, ostatke hrane i slično)	• Nikad • **Ponekad** • Često	0 **1** 2
18.	Njegov/njezin obrazac spavanja noću je:	• Gotovo nikada nije budan/na • Ponekad je budan/na • **Često je budan/na**	0 1 **2**
Socijalni odnosi		**Ukupno:**	**7**
		Sveukupno:	**28**
Označite kvačicom ono što se odnosi na njega/nju			
	Vid	• Može vidjeti (ili vidjeti s naočalama) • **Djelomice je slijep/a** • Potpuno je slijep/a	✓
	Sluh	• Nema teškoća sa sluhom, ne nosi slušna pomagala • **Nema teškoća sa sluhom, iako su mu/joj potrebna slušna pomagala** • Ima teškoća sa sluhom i one otežavaju komunikaciju • Vrlo je gluh/a	✓

7. slučaj: Jadranka Marušić

Bolesnica V. R., rođena 14. svibnja 1943. godine, primljena je u KBC Osijek na Klinički odjel traumatologije 07. studenog 2013., nakon pada sa ljestava u kući prilikom vješanja zavjesa. Pri prijemu učinjen CT kralježnice i postavljena medicinska dijagnoza fractura L2 et L4.

Bolesnica boluje od osteoporoze koja je počela kada je ušla u menopauzu, sa 42 godine. Po preporuci liječnika pije mlijeko i mliječne proizvode, te kalcij. Za uzrok sadašnje bolesti smatra da je kriva osteoporoza. Nakon pada nije odmah otišla kod liječnika, no kada su bolovi postali neizdrživi potražila je pomoć obiteljskog liječnika koji ju je odmah uputio u bolnicu.

Smatra da je dobrog zdravlja. Ponekad ima povišeni krvni tlak i tada prema preporuci liječnika popije 1 tabletu Lacipila. Sama kontrolira krvni tlak svaki dan ujutro i uvečer. Ne konzumira alkohol, niti puši. Negira alergije.

Sadašnja je bolest nastala padom s ljestava te navodi: „kćerka mi je rekla da će ih ona objesiti, ali ja ju ne želim opterećivati.“

Živi u obiteljskoj kući sa suprugom, starijom kćerkom i dva unuka. Mlađa kćerka živi s obitelj u Zagrebu i nedostaje joj unuka koju jako rijetko viđa.

Tijekom hospitalizacije najvažnije joj je da joj dođu suprug, kćerka i unuci.

Prije godinu dana izgubila je 10 kg zbog razvoda starije kćerke. Sada nema problema s apetitom. Kod kuće jede tri obroka dnevno koje je pripremala zajedno s kćerkom. Voli jesti juhu, kuhano povrće, meso (piletinu), voće. Po preporuci liječnika pije mlijeko i mliječne proizvode, te kalcij. Najčešće pije vodu, ali ne može bez crne kave koju popije ujutro i ponekad popodne. Pije 1 – 1,5 l tekućine dnevno. Tijekom hospitalizacije naručena E dijeta. Navodi da je zadovoljna bolničkom hranom. Izjavljuje: „imala sam višak kilograma i nisam se dobro osjećala, zato sada pazim što ću jesti.“

Kod kuće ima stolicu jednom dnevno, ujutro nakon jutarnje kave i mokri tri do četiri puta dnevno. U bolnici ima stolicu drugi ili treći dan . Izjavljuje: “teško mi je vršiti nuždu u krevetu i stalno zvati sestre da mi donesu patku.“

Ima dovoljno snage za izvođenje željenih aktivnosti. Ne vježba. Voli prošetati poslije ručka i popričati sa ženama u naselju. Slobodno vrijeme najviše voli provoditi sa unucima. Aktivnosti samozbrinjavanja obavlja sama. Kod kuće se tušira svaki dan ujutro u toplijoj vodi. Stupanj samostalnosti – pri kretanju, premještanju, sjedenju, stajanju, promjeni položaja, osobnoj higijeni, oblačenju i eliminaciji bolesnici su potrebna pomagala i pomoć druge osobe. Pri

hranjenju bolesnica je samostalna. Kupa se svaki dan, ujutro, toplom vodom, ph neutralnim sapunom. Ne može oprati noge. Noge maže zaštitnom kremom. Kosu pere svaki treći dan šamponom za bojanu kosu. Ne može obući čarape. Voli mijenjati čarape svaki dan. Najviše voli pamučne čarape sa slabijom gumicom.

Spava u prosjeku šest sati i voli se rano probuditi. U bolnici malo teže zaspi jer nije navikla spavati na leđima cijelu noć.

Naočale koristi stalno, još od djetinjstva. Dobro čuje. Primijetila je da u zadnje vrijeme zaboravlja gdje je ostavila neku stvar i treba joj vremena kako bi se sjetila. Nakon operacije jedan dan je bila prisutna bol koja je bila podnošljiva. Sada nema bolova. Izjavljuje: “Kod kuće ne pijem lijekove jer ih ne volim“.

Navodi da nema mnogo prijateljica, ali voli popričati sa susjedima. Nije usamljena. Ima supruga koji joj je podrška u svemu. Kćerka joj jako puno pomaže, ali ju ona ne želi previše opterećivati. Izjavljuje: „otkako se rastala, jako joj je teško brinuti se o dva sina.“

Kao stresnu situaciju navodi rastavu svoje starije kćerke i slabe kontakte s mlađom kćerkom koja živi u Zagrebu. Izjavljuje: „Jako mi nedostaje unuka.“

Katoličke je vjere i odlazi svake nedjelje u crkvu zajedno s kćerkom i svojim unucima. Ponosna je na svoga unuka koji je ministrant u crkvi.

Fizikalni pregled:

Tjelesna visina: 172 cm. Tjelesna masa: 70 kg. Tjelesna temperatura: 36,4 (aksilarno). Puls: 65 otk./min, punjenost dobra, ritmičan. Krvni tlak: 140/70 na lijevoj ruci u ležećem položaju. Disanje: frekvencija 16 udisaja u minuti, dubina normalna. Koža. Boja kože i turgor normalni. Nema prisutnih koštanih izbočenja. Usna šupljina uredna, bez naslaga i oštećenja sluznice. Bolesnica ima svoje zube. Kretanje 3, premještanje 3, stajanje 3, sjedenje 3, promjena položaja 2, hranjenje 2, higijena 2, oblačenje 2, eliminacija 2. Prije hospitalizacije sve navedene aktivnosti 0.

Procjena ponašanja

Prema upitniku „skala procjene ponašanja“ (BRS); Clifton: postupci za procjenu starijih osoba (CAPE).

Red.broj	Pitanje	Opis pitanja	Broj. vrijed.
1.	Kada se kupa ili oblači	• Ne treba nikakvu pomoć • **Treba ponešto pomoći** • Treba svu moguću pomoć	0 **1** 2

Red.broj	Pitanje	Opis pitanja	Broj. vrijed.
2.	Pri hodanju	• Ne pokazuje znakove slabosti • Hoda polako bez pomoći ili koristi štap • **Ne može hodati, ili može samo uz hodalicu, štake ili nekoga uz se**	0 1 **2**
3.	Ne može kontrolirati urin i/ili fekalije (danju ili noću)	• **Uvijek može kontrolirati** • Katkada (jednom ili dvaput tjedno) • Često (tri puta tjedno ili češće)	**0** 1 2
4.	Provodi u krevetu cijeli dan (kauč, fotelja ili slično)	• Nikada • **Katkad** • Gotovo uvijek	1 **2** 3
5.	Smeten(a) je (ne može se orijentirati, gubi stvari i slično	• Gotovo nikad • **Katkad** • Gotovo uvijek	1 **2** 3
6.	Kada je prepušten(a) samom sebi, njegov/njezin izgled (odjeća i/ili kosa)	• **Gotovo nikad nije neuredan** • Katkad je neuredan • Gotovo uvijek je neuredan	**1** 2 3
Tjelesna aktivnost i sposobnost		**Ukupno:**	**8**
7.	Ako mu/joj se dopusti izlazak	• Nikad neće trebati nadzor • **Katkad će trebati nadgledanje** • Uvijek će trebati nadgledanje	0 **1** 2
8.	Pomaže u kući/odjelu	• Često • Katkad • **Nikad**	0 1 **2**
9.	Bavi se konstruktivnom ili korisnom aktivnošću (radi, čita, igra igre, ima hobije, i slično)	• Gotovo uvijek • **Katkad** • Gotovo nikad	0 **1** 2
10.	Druži se s ostalima	• **Uspostavlja dobre odnose s ostalima** • Ima katkad teškoće pri uspostavljanju dobrih odnosa • Ima velikih teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa	**1** 2 3
11.	Voljan/voljna je učiniti ono što mu/joj se predloži ili ga/ju zamoli	• **Često surađuje** • Katkad surađuje • Gotovo nikad ne surađuje	**0** 1 2
Apatija		**Ukupno:**	**5**
12.	Razumije što mu/joj se želi priopćiti (govorom, pisanjem ili gestama)	• **Razumije gotovo sve što mu/joj se priopćava** • Razumije ponešto • Ne razumije gotovo ništa	**0** 1 2
13.	Komunicira na razne načine (govorom, pisanjem, ili gestama)	• **Dovoljno dobro da ga/ju se može razumjeti** • Katkad ili s malim teškoćama ga/ju se može razumjeti • Rijetko ili nikad ga/ju se može	**0** 1 2

Red.broj	Pitanje	Opis pitanja	Broj. vrijed.
		razumjeti iz bilo kojeg razloga	
Komunikacija		**Ukupno**	**0**
14.	Nepodnošljiv(a) je za druge **tijekom dana** (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Katkad • Često	**0** 1 2
15.	Nepodnošljiv(a) je za druge **tijekom noći** (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja,petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Katkad • Često	**0** 1 2
16.	Optužuje druge za nanošenje tjelesne boli ili krađu svojih osobnih stvari – ako ste sigurni da su optužbe istinite, zaokružite 2, inače 0 ili 1	• **Nikada** • Katkad • Često	**0** 1 2
17.	Skuplja očito beznačajne stvari (komadiće papira, žice, ostatke hrane i slično)	• **Nikad** • Katkad • Često	**0** 1 2
18.	Njegov/njezin obrazac spavanja noću je	• Gotovo nikada nije budna • **Katkad je budan/na** • Često je budan/na	0 **1** 2
Socijalni odnosi		**Ukupno:**	**1**
		Sveukupno:	**11**
Označite kvačicom ono što se odnosi na njega/nju			
	Vid	• **Može vidjeti (ili vidjeti s naočalama)** • Djelomično je slijep/a • Potpuno je slijep/a	✓
	Sluh	• **Nema teškoća sa sluhom, ne nosi slušna pomagala** • Nema teškoća sa sluhom, iako su mu/joj potrebna slušna pomagala • Ima teškoća sa sluhom i one otežavaju komunikaciju • Vrlo je gluha	✓

8. slučaj:Jadranka Plužarić

Gospođa D.K. rođena 31.3.1921. godine. Živi sama u dvosobnom stanu u centru grada. Radila je u ugostiteljstvu četrdeset i pet godina, te je više puta nagrađena kao najbolji radnik. Pokazuje novinski članak gdje se nalazi njena fotografija i tekst o nagradi. Sada prima mirovinu s kojom jedva preživljava. Gospođa se sa sjetom prisjeća i studenata kojima je iznajmljivala sobu dok je bila mlađa, pokazuje poklone koje je od njih dobivala i fotografije. Navodi kako ne zna što se s njima dogodilo nakon rata.

Unatoč poodmaklim godinama gospođa je dobrog općeg stanja. Navodi kako nema ozbiljnijih problema sa zdravljem, osim povišenog krvnog tlaka i povremenih bolova u zglobovima za što uzima propisane lijekove. Nikad nije pušila, niti pila alkohol. Negira alergije na hranu i lijekove.

Dobrog je apetita. Uzima 3 obroka, ručak obavezno kuhani te voće između obroka. Izbjegava slano i masno, a voli jesti variva od povrća. Meso jede nekoliko puta tjedno, najčešće piletinu. Ribu jede rijetko, kad je post. Sretna je što nema „šećer“ jer voli ispeći i pojesti kolač. Sada manje nego nekad, ali nedjeljom „mora biti nešto slatko“. Popije najmanje 1 l tekućine, čaj, vodu i ponekad mlijeko uz doručak. Kavu popije ujutro.

Gospođa D.K. navodi kako ima stolicu svaki dan, a ako joj ponekad izostane u regulaciji joj pomažu voće i čajevi. Nema problema s mokrenjem, osim što više mokri kad popije tabletu za tlak.

Hoda kratkim koracima, nagnuta na desnu stranu. Pri kretanju u stanu pridržava se za namještaj, a kad odlazi izvan kuće hoda uz pomoć štapa. Tako se osjeća sigurnije. Svakodnevno odlazi u obližnju trgovinu, kuha si ručak i obavlja kućanske poslove. Nastoji što više poslova obavljati samostalno, ne želi se „opustiti da se ne ulijeni“. Osobnu higijenu obavlja samostalno, ali više ne može u kadu, već se „snalazi kako može“, jer joj nema tko pomoći. Prihvatila bi pomoć medicinske sestre pri kupanju.

Navečer ide spavati oko 22 h, ustaje oko 8. Noću spava uglavnom dobro. Ponekad se probudi zbog ukočenosti i bolova u koljenu. Preko dana se odmara poslije ručka, „drijema“ uz radio ili gleda TV. Slobodnog vremena ima malo jer „uvijek ima posla po kući“.

Nema poteškoća s pamćenjem, vidom i sluhom, čak i šije šivaćom mašinom bez naočala.

Sebe doživljva pozitivno i kao „velikog borca u životu“. Izjavljuje; „Cijeli sam život proživjela sama i znala sam se brinuti se o sebi, ni sada ne gubim nadu“. Smatra da je to „recept“ za doživjeti njene godine. Često se osjeća usamljeno i smeta je što, iako živi

skromno, s mirovinom ne može podmiriti sve obaveze. Prije je imala puno prijatelja, voljela se družiti. Danas više nema živućih članova obitelji, niti prijatelja. Jedina osoba na koju može računati kad joj je potrebna pomoć je dobri susjed kojemu je nekad čuvala djecu. Ove zime pokvarila joj se grijalica i susjed joj je poklonio novu i na tome mu je beskrajno zahvalna.

U zadnje vrijeme nije imala stresnih događaja, živi mirno. Boji se što će biti kad ne bude mogla više brinuti za sebe. Ne želi u Dom za starije, ne zna kako bi se tamo snašla i kako bi je prihvatili, voli imati svoj prostor i mir. Svaki dan moli se Bogu „da je pozove k sebi onog časa kad padne u krevet“.

Fizikalni pregled:

Gospođa D.K. je visoka 163 cm i teška 65 kg. Puls dobro punjen, frek./min 72, povremene ekstrasistole. Krvni tlak izmjeren na lijevoj ruci 140 /75 mm Hg. Disanje normalne dubine i frekvencije 16/ min. Kože suha, naborana, mjestimično pojačane pigmentacije. Svrbež negira. Na lijevom obrazu keratoza veličine zrna graha. Usna šupljina uredna, bez naslaga i oštećenja sluznice. Koristi zubnu protezu.

Na stopalima obostrano deformacije zgloba nožnog palca. Nokti na stopalima neadekvatno podrezani i zapušteni. Nema edema na potkoljenicama.

Procjena ponašanja

Prema upitniku „skala procjene ponašanja“ (BRS); Clifton: postupci za procjenu starijih osoba(CAPE) Copyright © 1979 A.H. Pattie and C.J. Gilleard & „Hodder and Stoughton“. Licencno izdanje Publikacije na hrvatskom jeziku „Naklade Slap“, Jastrebarsko.

Red. br. pitanja	**Tvrdnja**	**Opis tvrdnje**	**Brojčana vrijednos**
1.	Kada se kupa ili oblači:	• Ne treba nikakvu pomoć • Treba ponešto pomoći • **Treba svu moguću pomoć**	0 1 **2**
2.	Pri hodanju	• Ne pokazuje znakove slabosti • **Hoda polako bez pomoći, ili koristi štap** • Ne može hodati, ili može samo uz hodalicu, štake ili nekoga uza se	0 **1** 2
3.	Ne može kontrolirati urin i/ili fekalije (danju ili noć)	• **Uvijek može kontrolirati** • Katkada (jednom ili dvaput tjedno) • Često (tri puta tjedno ili češće)	**0** 1 2

4.	Provodi u krevetu cijeli dan (kauč. fotelja ili slično):	• Nikada • **Katkad** • Gotovo uvijek	0 **1** 2
5.	Smeten(a) je (ne može se orijentirati, gubi stvari i slično):	• **Gotovo nikad** • Katkad • Gotovo uvijek	**0** 1 2
6.	Kada je prepušten(a) samom sebi, njegov/njezin izgled (odjeća i/ili kosa):	• **Gotovo nikad nije neuredan** • Katkad je neuredan • Gotovo uvijek je neuredan	**0** 1 2
Tjelesna aktivnost i sposobnost		**Ukupno bodova**	**4**
7.	Ako mu/joj se dopusti izlazak:	• Nikad neće trebati nadzor • Katkad će trebati nadgledanje • **Uvijek će trebati nadgledanje**	0 1 **2**
8.	Pomaže u kući/odjelu	• **Često** • Katkad • Nikad	**0** 1 2
9.	Bavi se konstruktivnom ili korisnom aktivnošću (radi, čita, igra igre, ima hobije i slično)	• **Gotovo uvijek** • Katkad • Gotovo nikad	**0** 1 2
10.	Druži se s ostalima	• Uspostavlja dobre odnose s ostalima • **Ima katkad teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa** • Ima velikih teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa	0 **1** 2
11.	Voljan/voljna je učiniti ono što mu/joj se predloži ili ga/ju zamoli:	• **Često surađuje** • Katkad surađuje • Gotovo nikad ne surađuje	**0** 1 2
	Apatija	**Ukupno bodova**	**3**
12.	Razumije što mu/joj se želi priopćiti (govorom, pisanjem ili gestama)	• **Razumije gotovo sve što mu/joj se priopćava** • Razumije ponešto • Ne razumije gotovo ništa	**0** 1 2
13.	Komunicira na razne načine (govorom, pisanjem ili gestama):	• **Dovoljno dobro da ga/ju se može razumjeti** • Katkad ili s malim teškoćama ga/ju se može razumjeti • Rijetko ili nikad ga/ju se može razumjeti iz bilo kojeg razloga	**0** 1 2
	Komunikacija	**Ukupno bodova**	**0**
14.	Nepodnošljiv(a) je za druge tijekom dana (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Katkad • često	**0** 1 2

15.	Nepodnošljiv(a) je za druge tijekom noći (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Katkad • često	**0** 1 2
16.	Optužuje druge za nanošenje tjelesne boli ili krađu svojih osobnih stvari – ako ste sigurni da su optužbe istinite, zaokružite 2, inače 0 ili 1:	• **Nikada** • Katkad • Često	**0** 1 2
17.	Skuplja očito beznačajne stvari (komadiće papira, žice, ostatke hrane i slično)	• **Nikad** • Katkad • često	**0** 1 2
18.	Njegov/njezin obrazac spavanja noću je:	• Gotovo nikada nije budan/na • **Katkad je budan/na** • Često je budan/na	0 **1** 2
Socijalni odnosi		**Ukupno**	**1**
		Sveukupno	**8**
Označite kvačicom ono što se odnosi na njega/nju			
	Vid	• Može vidjeti (ili vidjeti s naočalama) • Djelomično je slijep/a • Potpuno je slijep/a	✓
	Sluh	• Nema teškoća sa sluhom, ne nosi slušna pomagala • Nema teškoća sa sluhom, iako su mu/joj potrebna slušna pomagala • Ima teškoća sa sluhom i one otežavaju komunikaciju • Vrlo je gluh/a	✓

9. slučaj: Svjetlana Reljanović

Bolesnik M. V. rođen je 20.09.1942. Završio je srednju škola, bio je u radnom odnosu na mjestu trgovca. Oženjen, živi sa suprugom u kući, u gradu. Otac je dva sina koji s njim ne stanuju. Od 2001. Godine boluje od Hypertensio arterialis. Redovito uzima propisanu terapiju- amlodipinum 10 mg ujutro i odlazi na liječničke kontrole. Prije četiri mjeseca imao Insultus cerebrovaskularis (ishaemio cerebri) te Hemiparesis lat. Sin. Nakon rehabilitacije u OFIMIR-u uspješno se oporavio te je opet samostalan u obavljanju aktivnosti. Krvni tlak je 110/70mmHg. U obitelji djed i otac imali moždani udar.

Navodi da voli jesti raznovrsnu hranu, osim svinjetine. Ne ograničava se u unosu soli, ima četiri obroka dnevno. ITM = 36, što upućuje na pretilost. Uzima 1,5 l tekućine dnevno, uglavnom voćne sokove.

Stolicu i urin kontrolira. Mokri 4 puta dnevno, bez poteškoća pri mokrenju. Stolicu ima jednom dnevno.

Sve aktivnosti samozbrinjavanja obavlja samostalno, održava dvorište za lijepog vremena, voli šetnje.

Nema probleme sa spavanjem. Ide spavati u 21:00h, a budi se oko 5:00h, te preko noći jednom ako mora do toaleta. Kada se probudi ne osjeća umor. Tijekom dana se voli odmarati gledajući televiziju.

Nema problema sa sluhom. Nosi naočale prigodom čitanja knjige. Orijentiran je u vremenu i prostoru. Negira bolove.

Smatra da je borbena osoba koja se nikada ne predaje. Komunikativan je i raspoložen. Ne mijenja često raspoloženje. Nema problema u donošenju odluka i pamćenju.

Nije usamljen, voli se družiti i ima puno prijatelja. Najčešće se druži s prijateljima igrajući društvene igre ili prisjećajući se prošlih vremena.

Seksualno je aktivan, iako tvrdi ne često.

U posljednje 2 godine doživio je stres što se tiče pogoršanja zdravstvenog stanja. Kada ima veći problem oslanja se na suprugu i prijatelje. Trenutno nije uznemiren, niti pod stresom.

Gospodin je katoličke vjere, ali rijetko odlazi na svetu misu, iako misli da bi trebao ići češće.

Fizikalni pregled:

M.V. je visok 176 cm i tjelesne težine 110 kg. Puls je dobro punjen, ritmičan, frek./min 60. Krvni tlak izmjeren u sjedećem položaju na lijevoj ruci 110/70 mmHg. Disanje normalne

dubine, frekvencija 18/ min. Boja kože normalna, bez prisutnih oštećenja. Usna šupljina uredna, bez naslaga i oštećenja. Pokretan.

Procjena ponašanja

Prema upitniku „skala procjene ponašanja“ (BRS); Clifton: postupci za procjenu starijih osoba (CAPE) Copyright © 1979 A.H. Pattie and C.J. Gilleard & „Hodder and Stoughton“. Licencno izdanje Publikacije na hrvatskom jeziku „Naklade Slap“, Jastrebarsko.

Red. br. pitanja	Tvrdnja	Opis tvrdnje	Brojčana vrijednost
1.	Kada se kupa ili odijeva:	• **Ne treba nikakvu pomoć** • Treba ponešto pomoći • Treba svu moguću pomoć	**0** 1 2
2.	Pri hodanju	• **Ne pokazuje znakove slabosti** • Hoda polako bez pomoći, ili koristi štap • Ne može hodati, ili može samo uz hodalicu, štake ili nekoga uza se	**0** 1 2
3.	Ne može kontrolirati urin i/ili fekalije (danju ili noć)	• **Uvijek može kontrolirati** • Ponekad (jednom ili dvaput tjedno) • Često (tri puta tjedno ili češće)	**0** 1 2
4.	Provodi u krevetu cijeli dan (kauč,fotelja ili slično):	• Nikada • **Ponekad** • Gotovo uvijek	0 **1** 2
5.	Smeten(a) je (ne može se orijentirati, gubi stvari i slično):	• **Gotovo nikad** • Ponekad • Gotovo uvijek	**0** 1 2
6.	Kada je prepušten(a) samom sebi, njegov/njezin izgled (odjeća i/ili kosa):	• **Gotovo nikad nije neuredan** • Ponekad je neuredan • Gotovo uvijek je neuredan	**0** 1 2
Tjelesna aktivnost i sposobnost		**Ukupno:**	**1**
7.	Ako mu/joj se dopusti izlazak:	• **Nikad neće trebati nadzor** • Ponekad će trebati nadgledanje • Uvijek će trebati nadgledanje	**0** 1 2
8.	Pomaže u kući/odjelu	• Često • **Ponekad** • Nikad	0 **1** 2
9.	Bavi se konstruktivnom ili korisnom aktivnošću (radi, čita, igra igre, ima hobije i slično):	• **Gotovo uvijek** • Ponekad • Gotovo nikad	**0** 1 2

10.	Druži se s ostalima	• **Uspostavlja dobre odnose s ostalima** • Ima katkad teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa • Ima velikih teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa	**0** 1 2
11.	Voljan/voljna je učiniti ono što mu/joj se predloži ili ga/ju se zamoli:	• **Često surađuje** • Ponekad surađuje • Gotovo nikad ne surađuje	**0** 1 2
Apatija		**Ukupno:**	**1**
12.	Razumije što mu/joj se želi priopćiti (govorom, pisanjem ili gestama)	• **Razumije gotovo sve što mu/joj se priopćava** • Razumije ponešto • Ne razumije gotovo ništa	**0** 1 2
13.	Komunicira na razne načine (govorom, pisanjem ili gestama):	• **Dovoljno dobro da ga/ju se može razumjeti** • Ponekad ili s malim teškoćama ga/ju se može razumjeti • Rijetko ili nikad ga/ju se može razumjeti iz bilo kojeg razloga	**0** 1 2
Ukupno:			**0**
14.	Nepodnošljiv(a) je za druge tijekom dana (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe,prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove)	• **Rijetko ili nikad** • Ponekad • **Često**	**0** 1 2
15.	Nepodnošljiv(a) je za druge tijekom noći (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Ponekad • često	**0** 1 2
16.	Optužuje druge za nanošenje tjelesne boli ili krađu svojih osobnih stvari – ako ste sigurni da su optužbe istinite, zaokružite 2, inače 0 ili 1:	• **Nikada** • Ponekad • Često	**0** 1 2
17.	Skuplja očito beznačajne stvari (komadiće papira, žice, ostatke hrane i slično)	• Nikad • **Ponekad** • Često	0 **1** 2
18.	Njegov/njezin obrazac spavanja noću je:	• **Gotovo nikada nije budan/na** • Ponekad je budan/na • Često je budan/na	**0** 1 2
Socijalni odnosi		**Ukupno:**	**1**
		Sveukupno:	**3**
Označite kvačicom ono što se odnosi na njega/nju			

	Vid	• **Može vidjeti (ili vidjeti s naočalama)** • Djelomice je slijep/a • Potpuno je slijep/a	✓
	Sluh	• **Nema teškoća sa sluhom, ne nosi slušna pomagala** • Nema teškoća sa sluhom, iako su mu/joj potrebna slušna pomagala • Ima teškoća sa sluhom i one otežavaju komunikaciju • Vrlo je gluh/a	✓

10. slučaj: Vera Rogina

I.H., rođena 1929. godine, udana, majka jednog sina, umirovljenica. Živi s bolesnim suprugom o kolem brine sama. Žive u dvosobnom stanu. Unazad 5-6 godina boluje od dijabetes mellitusa. Prije 3 godine je počela piti lijekove za tlak, Losartic 1 tbl. ujutro. Povremeno uzima i Zaracet (pp za bolove). Do sada nije teže bolovala. Sama uzima propisanu terapiju.

Ima propisanu dijabetičku dijetu. Jede tri obroka dnevno, za doručak najčešće kakao i šnitu kruha sa salamom te mliječne proizvode. Hranu priprema sama. Zna pravila dijabetičke prehrane i zabranjene namirnice, ali izjavljuje: „Jako volim jesti voćne kolače i čokoladu. Dosta mi je da stalno moram paziti što jedem. Znam da ne bih smjela tako svašta jesti, ali nemam uvijek volje za to. Od nečeg moram umrijeti i zašto da pazim što jedem.“ Navodi da često pije vodu i čajeve s medom. Ne puši cigarete, ne konzumira alkohol.

Stolicu ima svaki drugi dan, obično ujutro. Mokri 7 do 8 puta dnevno i ponekad noću. Nema poteškoća s mokrenjem i stolicom.

Sve aktivnosti obavlja samostalno.

Spava u prosjeku 8 sati preko noći, a po danu ne spava.

Za čitanje treba naočale. Dobro čuje. povremeno ju bole noge, pa tada popije Zaracet.

Gospođa I.H. je pesimistična, ali komunikativna osoba.

U zadnje vrijeme veliki stres joj je bila muževa bolest, iako se pomirila s time.

Vjernica je, moli se svakodnevno. U Crkvu ne ide kad je hladno.

Fizikalni pregled:

Krvni tlak 140/90, GUK dva sata nakon jela 13,6 mmol/L. Disanje pravilno. Koža i sluznice uredni. Na potkoljenicama edemi nisu prisutni. Usna šupljina uredna. Gospođa I.H. ima potpunu zubnu protezu.

Procjena ponašanja

Prema upitniku „skala procjene ponašanja“ (BRS); Clifton: postupci za procjenu starijih osoba (CAPE) Copyright © 1979 A.H. Pattie and C.J. Gilleard & „Hodder and Stoughton“. Licencno izdanje Publikacije na hrvatskom jeziku „Naklade Slap“, Jastrebarsko.

Red. broj	Tvrdnja	Opis tvrdnje	Broj. Vrijed
1.	Kada se kupa ili oblači:	• **Ne treba nikakvu pomoć** • Treba ponešto pomoći • Treba svu moguću pomoć	**0** 1 2
2.	Pri hodanju	• **Ne pokazuje znakove slabosti** • Hoda polako bez pomoći, ili koristi štap • Ne može hodati, ili može samo uz hodalicu, štake ili nekoga uza se	**0** 1 2
3.	Ne može kontrolirati urin i/ili fekalije (danju ili noć)	• **Uvijek može kontrolirati** • Katkada (jednom ili dvaput tjedno) • Često (tri puta tjedno ili češće)	**0** 1 2
4.	Provodi u krevetu cijeli dan (kauč. fotelja ili slično):	• **Nikada** • Katkad • Gotovo uvijek	**0** 1 2
5.	Smeten(a) je (ne može se orijentirati, gubi stvari i slično):	• **Gotovo nikad** • Katkad • Gotovo uvijek	**0** 1 2
6.	Kada je prepušten(a) samom sebi, njegov/njezin izgled (odjeća i/ili kosa):	• **Gotovo nikad nije neuredan** • Katkad je neuredan • Gotovo uvijek je neuredan	**0** 1 2
Tjelesna aktivnost i sposobnost		**Ukupno bodova**	**0**
7.	Ako mu/joj se dopusti izlazak:	• **Nikad neće trebati nadzor** • Katkad će trebati nadgledanje • Uvijek će trebati nadgledanje	**0** 1 2
8.	Pomaže u kući/odjelu	• **Često** • Katkad • Nikad	**0** 1 2
9.	Bavi se konstruktivnom ili korisnom aktivnošću (radi, čita, igra igre, ima hobije i slično):	• **Gotovo uvijek** • Katkad • Gotovo nikad	**0** 1 2
10.	Druži se s ostalima	• **Uspostavlja dobre odnose s ostalima** • Ima katkad teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa • Ima velikih teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa	**0** 1 2
11.	Voljan/voljna je učiniti ono što mu/joj se predloži ili ga/ju zamoli:	• Često surađuje • **Katkad surađuje** • Gotovo nikad ne surađuje	0 **1** 2
Apatija		**Ukupno bodova**	**1**

Red. broj	Tvrdnja	Opis tvrdnje	Broj. Vrijed
12.	Razumije što mu/joj se želi priopćiti (govorom, pisanjem ili gestama)	• **Razumije gotovo sve što mu/joj se priopćava** • Razumije ponešto • Ne razumije gotovo ništa	**0** 1 2
13.	Komunicira na razne načine (govorom, pisanjem ili gestama):	• **Dovoljno dobro da ga/ju se može razumjeti** • Katkad ili s malim teškoćama ga/ju se može razumjeti • Rijetko ili nikad ga/ju se može razumjeti iz bilo kojeg razloga	**0** 1 2
Komunikacija		**Ukupno bodova**	**0**
14.	Nepodnošljiv(a) je za druge tijekom noći (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Katkad • Često	**0** 1 2
15.	Nepodnošljiv(a) je za druge tijekom noći (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Katkad • Često	**0** 1 2
16.	Optužuje druge za nanošenje tjelesne boli ili krađu svojih osobnih stvari – ako ste sigurni da su optužbe istinite, zaokružite 2, inače 0 ili 1:	• **Nikada** • Katkad • Često	**0** 1 2
17.	Skuplja očito beznačajne stvari (komadiće papira, žice, ostatke hrane i slično)	• **Nikad** • Katkad • Često	**0** 1 2
18.	Njegov/njezin obrazac spavanja noću je:	• **Gotovo nikada nije budan/na** • Katkad je budan/na • Često je budan/na	**0** 1 2
Problemi u socijalnim odnosima		**Ukupno bodova**	**0**
Označite kvačicom ono što se odnosi na njega/nju			
	Vid	• **Može vidjeti (ili vidjeti s naočalama)** • Djelomično je slijep/a • Potpuno je slijep/a	✓
	Sluh	• **Nema teškoća sa sluhom, ne nosi slušna pomagala** • Nema teškoća sa sluhom, iako su mu/joj potrebna slušna pomagala • Ima teškoća sa sluhom i one otežavaju komunikaciju • Vrlo je gluh/a	✓

11. slučaj: Silvija Stojić

Bolesnica A. D. rođena je 1. listopada 1944. godine. Gospođa je udovica, živi sa sinom koji je teško pokretan, žive u stanu. Od 2000. godine ima postavljenu dijagnozu Diabetes mellitus. Bolesnica je primljena zbog nereguliranog dijabetesa. GUK pri prijemu 18 mmol/l. Drugih zdravstvenih poteškoća nema. Navodi da do sada nije teže bolovala.

Smatra da je dobrog zdravstvenog stanja. Kod dijabetologa nije nikada bila. Prema preporuci liječnika obiteljske medicine zbog dijabetesa pije jednu tabletu Gluformina od 850 mg ujutro. Ima knjižicu za samostalno praćenje GUK-a, zna postupak, ali kontrolu ne vodi jer joj se to ne da raditi. Zbog povremenih bolova u koljenima prije spavanja koristi Voltaren kremu, a p.p. Voltaren tbl (1 tbl navečer). Alergije negira. Bolesnica puši 10 godina, kutiju cigareta dnevno. Zadnjih mjesec dana izgubila 5 kg. Dobrog je apetita. Kod kuće jede 3 puta dnevno, jede sve osim kolača, kaže: „Kolače ne jedem, jer to ne smijem, sve drugo jedem.“ Pije 1,5 l tekućine dnevno, uglavnom čaj sa žličicom šećera, kaže: „Moram malo pošećeriti, jer ne volim piti gorko“.

Stolicu i urin kontrolira. Mokri 6 do 7 puta dnevno, često 1 do 2 puta noću. Stolicu ima svaki drugi dan, ponekad popije čaj od kamilice za bolju probavu.

Sve aktivnosti provodi samostalno. Tušira se svaki drugi dan navečer, a kosu pere dva puta tjedno. Noge maže zaštitnom kremom. Samostalno obavlja sve aktivnosti zbrinjavanja teško pokretnog sina. Ponekad ode prošetati, često radi ručni rad. U proljeće sadi cvijeće za balkon.

Spava 8 sati tijekom noći. Na spavanje odlazi oko 22:00 sat, a budi se oko 6:00 sati. Ponekad se budi oko 03:00 sata zbog mokrenja. Ujutro se osjeća odmorno. Poslijepodne odspava 1 sat, od 12:00 do 13:00.

Nosi naočale pri gledanju televizije i ručnom radu (pletenje, vezenje). Dobro čuje, govori jasno i razgovjetno. Nema problema pri dosjećanju davnih i bližih događaja.

Za sebe kaže da je često nervozna i da ima osjećaj preopterećenosti svakodnevnim životom.

Rijetko se druži se sa susjedima jer se brine za sina i nema slobodnog vremena. Navodi da bi voljela više vremena provoditi sa svojim susjedima, ali dok obavi sve kućanske poslove i pomogne sinu u svakodnevnim aktivnostima bude preumorna. Kćerka živi u Zadru, posjećuje ih uglavnom za blagdane. Često se osjeća osamljeno.

Kao stresnu situaciju navodi suprugovu smrt, on joj je bio pomoć i podrška cijeloga života. Teško se miri s tim gubitkom.

Gospođa je vjernica, na misu ne ide, ne može ostaviti sina samoga. Nedjeljom ona i sin zajedno prate prijenos Svete mise na TV-prijemniku.

Procjena ponašanja

Prema upitniku „skala procjene ponašanja“ (BRS); Clifton: postupci za procjenu starijih osoba(CAPE) Copyright © 1979 A.H. Pattie and C.J. Gilleard & „Hodder and Stoughton“. Licencno izdanje Publikacije na hrvatskom jeziku „Naklade Slap“, Jastrebarsko.

Red. br. pitanja	Tvrdnja	Opis tvrdnje	Brojčana vrijednost
1.	Kada se kupa ili odijeva:	• **Ne treba nikakvu pomoć** • Treba ponešto pomoći • Treba svu moguću pomoć	**0** 1 2
2.	Pri hodanju	• **Ne pokazuje znakove slabosti** • Hoda polako bez pomoći, ili koristi štap • Ne može hodati, ili može samo uz hodalicu, štake ili nekoga uza se	**0** 1 2
3.	Ne može kontrolirati urin i/ili fekalije (danju ili noću)	• **Uvijek može kontrolirati** • Ponekad (jednom ili dvaput tjedno) • Često (tri puta tjedno ili češće)	**0** 1 2
4.	Provodi u krevetu cijeli dan (kauč, fotelja ili slično):	• **Nikada** • Ponekad • Gotovo uvijek	**0** 1 2
5.	Smeten(a) je (ne može se orijentirati, gubi stvari i slično):	• **Gotovo nikad** • Ponekad • Gotovo uvijek	**0** 1 2
6.	Kada je prepušten(a) samom sebi, njegov/njezin izgled (odjeća i/ili kosa):	• **Gotovo nikad nije neuredan** • Ponekad je neuredan • Gotovo uvijek je neuredan	**0** 1 2
Tjelesna aktivnost i sposobnost		**Ukupno:**	**0**
7.	Ako mu/joj se dopusti izlazak:	• **Nikad neće trebati nadzor** • Ponekad će trebati nadgledanje • Uvijek će trebati nadgledanje	**0** 1 2
8.	Pomaže u kući/odjelu	• **Često** • Ponekad • Nikad	**0** 1 2
9.	Bavi se konstruktivnom ili korisnom aktivnošću (radi, čita, igra igre, ima hobije i slično):	• **Gotovo uvijek** • Ponekad • Gotovo nikad	**0** 1 2

10.	Druži se s ostalima	• Uspostavlja dobre odnose s ostalima • **Ima ponekad teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa** • Ima velikih teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa	0 **1** 2
11.	Voljan/voljna je učiniti ono što mu/joj se predloži ili ga/ju se zamoli:	• **Često surađuje** • Ponekad surađuje • Gotovo nikad ne surađuje	**0** 1 2
Apatija		**Ukupno:**	**1**
12.	Razumije što mu/joj se želi priopćiti (govorom, pisanjem ili gestama)	• **Razumije gotovo sve što mu/joj se priopćava** • Razumije ponešto • Ne razumije gotovo ništa	**0** 1 2
13.	Komunicira na razne načine (govorom, pisanjem ili gestama):	• **Dovoljno dobro da ga/ju se može razumjeti** • Ponekad s malim teškoćama ga/ju se može razumjeti • Rijetko ili nikad ga/ju se može razumjeti iz bilo kojeg razloga	**0** 1 2
Komunikacija		**Ukupno:**	**0**
14.	Nepodnošljiv(a) je za druge **tijekom dana** (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Katkad • Često	**0** 1 2
15.	Nepodnošljiv(a) je za druge **tijekom noći** (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Katkad • Često	**0** 1 2
16.	Optužuje druge za nanošenje tjelesne boli ili krađu svojih osobnih stvari – ako ste sigurni da su optužbe istinite, zaokružite 2, inače 0 ili 1:	• **Nikada** • Katkad • Često	**0** 1 2
17.	Skuplja očito beznačajne stvari (komadiće papira, žice, ostatke hrane i slično)	• **Nikad** • Katkad • Često	**0** 1 2
18.	Njegov/njezin obrazac spavanja noću je:	• Gotovo nikada nije budan/na • **Ponekad je budan/na** • Često je budan/na	0 **1** 2
Socijalni odnosi		**Ukupno:**	**1**
		Sveukupno:	**2**
Označite kvačicom ono što se odnosi na njega/nju			
	Vid	• **Može vidjeti (ili vidjeti s naočalama)** • Djelomice je slijep/a	✓

		• Potpuno je slijep/a	
	Sluh	• **Nemа teškoća sa sluhom, ne nosi slušna pomagala** • Nema teškoća sa sluhom, iako su mu/joj potrebna slušna pomagala • Ima teškoća sa sluhom i one otežavaju komunikaciju • Vrlo je gluh/a	✓

12. slučaj: Antonija Uršić

Bolesnica J. S. rođena je 28.travnja 1933. Primljena je na odjel neurologije zbog jake vrtoglavice i slabosti desne strane tijela. Bolesnica boluje od povišenog krvnog tlaka i povišene razine šećera u krvi. Redovito uzima lijekove za regulaciju tlaka i GUK-a. Na ovom odjelu boravi prvi put. Simptomi sadašnje bolesti: hemipareza desne strane tijela. Zna malo o svojoj bolesti. Tijekom hospitalizacije važno joj je da obavi sve potrebne pretrage i sazna više o tijeku sadašnje bolesti.

Zadovoljna je hranom u bolnici. Kod kuće je uzimala 3 obroka dnevno, uglavnom masne i začinjene hrane. U bolnici se pridržava dijetalne prehrane. Pije do 1,5 litre tekućine dnevno, ugavnom vodu ili čaj. Ne konzumira alkohol.

Nema poteškoća s mokrenjem. Stolicu nema redovito, svaki drugi ili treći dan. Pacijentica se žali da teško podnosi to što nema redovitu stolicu i što sama ne može na nuždu.

Za aktivnosti samozbrinjavanja i kretanje potrebna su joj pomagala i pomoć druge osobe. Kada se kupa ili odijeva, a i pri eliminaciji, potrebna je potpuna pomoć. Djelomice treba pomoć i pri hranjenju. Hodati može samo uz hodalicu, štake ili nekoga uz sebe.

Dobro zaspi, ali se rano probudi. Spava u prosjeku 5 sati tijekom noći. Popodne se odmara slušajući radio.

Sluh očuvan. Dobro vidi s naočalama.

Osjeća se zabrinuto zbog svoje bolesti i što neće moći samostalno obavljati aktivnosti, te što će ovisiti o tuđoj pomoći.

Živjela je sama u kući na selu, a nakon izlaska iz bolnice ide živjeti kod kćeri i zeta. Kći je zabrinuta zbog novonastale situacije i majčinog zdravlja.

Kao jako stresnu situaciju navodi smrt svog supruga, s kojim je živjela 50 godina.

Očekuje oporavak. Vjernica je, prakticira vjerske obrede. Često se moli i to joj pomaže.

Procjena ponašanja

Prema upitniku „skala procjene ponašanja“ (BRS); Clifton: postupci za procjenu starijih osoba(CAPE) Copyright © 1979 A.H. Pattie and C.J. Gilleard & „Hodder and Stoughton“. Licencno izdanje Publikacije na hrvatskom jeziku „Naklade Slap“, Jastrebarsko.

Red. broj pitanja	Tvrdnja	Opis tvrdnje	Brojčana vrijednost
1.	Kada se kupa ili odijeva:	• Ne treba nikakvu pomoć • Treba ponešto pomoći • **Treba svu moguću pomoć**	0 1 **2**
2.	Pri hodanju	• Ne pokazuje znakove slabosti • Hoda polako bez pomoći, ili koristi štap • **Ne može hodati, ili može samo uz hodalicu, štake ili nekoga uza se**	0 1 **2**
3.	Ne može kontrolirati urin i/ili fekalije (danju ili noć)	• Uvijek može kontrolirati • **Ponekad (jednom ili dvaput tjedno)** • Često (tri puta tjedno ili češće)	0 **1** 2
4.	Provodi u krevetu cijeli dan (kauč, fotelja ili slično):	• Nikada • **Ponekad** • Gotovo uvijek	0 **1** 2
5.	Smeten(a) je (ne može se orijentirati, gubi stvari i slično):	• Gotovo nikad • **Ponekad** • Gotovo uvijek	0 **1** 2
6.	Kada je prepušten(a) samom sebi, njegov/njezin izgled (odjeća i/ili kosa):	• Gotovo nikad nije neuredna • **Ponekad je neuredna** • Gotovo uvijek je neuredna	0 **1** 2
Tjelesna aktivnost i sposobnost		**Ukupno:**	**8**
7.	Ako mu/joj se dopusti izlazak:	• Nikad neće trebati nadzor • Ponekad će trebati nadgledanje • **Uvijek će trebati nadgledanje**	0 1 **2**
8.	Pomaže u kući/odjelu	• Često • Ponekad • **Nikad**	0 1 **2**
9.	Bavi se konstruktivnom ili korisnom aktivnošću (radi, čita, igra igre, ima hobije i slično):	• Gotovo uvijek • **Ponekad** • Gotovo nikad	0 **1** 2
10.	Druži se s ostalima	• **Uspostavlja dobre odnose s ostalima** • Ima ponekad teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa • Ima velikih teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa	**0** 1 2
11.	Voljan/voljna je učiniti ono što mu/joj se predloži ili ga/ju se zamoli:	• **Često surađuje** • Ponekad surađuje • Gotovo nikad ne surađuje	**0** 1 2
Apatija		**Ukupno:**	**5**
12.	Razumije što mu/joj se želi priopćiti	• **Razumije gotovo sve što mu/joj se priopćava**	**0**

	(govorom, pisanjem ili gestama)	• Razumije ponešto • Ne razumije gotovo ništa	1 2
13.	Komunicira na razne načine (govorom, pisanjem ili gestama):	• **Dovoljno dobro da ga/ju se može razumjeti** • Ponekad ili s malim teškoćama ga/ju se može razumjeti • Rijetko ili nikad ga/ju se može razumjeti iz bilo kojeg razloga	**0** 1 2
Komunikacija		**Ukupno:**	**0**
14.	Nepodnošljiv(a) je za druge **tijekom dana** (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Ponekad • Često	**0** 1 2
15.	Nepodnošljiv(a) je za druge **tijekom noći** (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Ponekad • Često	**0** 1 2
16.	Optužuje druge za nanošenje tjelesne boli ili krađu svojih osobnih stvari – ako ste sigurni da su optužbe istinite, zaokružite 2, inače 0 ili 1:	• **Nikada** • Ponekad • Često	**0** 1 2
17.	Skuplja očito beznačajne stvari (komadiće papira, žice, ostatke hrane i slično)	• Nikad • **Ponekad** • Često	0 **1** 2
18.	Njegov/njezin obrazac spavanja noću je:	• Gotovo nikada nije budan/na • **Ponekad je budan/na** • Često je budan/na	0 **1** 2
Socijalni odnosi		**Ukupno:**	**2**
		Sveukupno:	**15**
Označite kvačicom ono što se odnosi na njega/nju			
	Vid	• **Može vidjeti (ili vidjeti s naočalama)** • Djelomice je slijep/a • Potpuno je slijep/a	✓
	Sluh	• **Nema teškoća sa sluhom, ne nosi slušna pomagala** • Nema teškoća sa sluhom, iako su mu/joj potrebna slušna pomagala • Ima teškoća sa sluhom i one otežavaju komunikaciju • Vrlo je gluh/a	✓

13.slučaj: Jasenka Vujanić

Bolesnica A. L., stara 75 godina, udovica i majka osmero odrasle djece. 19.12.2012. dovežena je kolima hitne medicinske pomoći nakon pada ispred kuće i udarca u desni kuk. Pri hitnom prijemu učinjena je Rtg snimka desnog kuka u dva smjera i postavljena medicinska dijagnoza Fractura pertrochanterica femoris dex. Bolesnici je postavljena derotaciona longeta i primljena je na Klinički odjel za traumatologiju Kliničkog bolničkog centra Osijek radi operativnog zahvata.

Smatra da je dobrog zdravlja. Do sada nije teže bolovala. Svake dvije godine obavlja sistematske preglede u poliklinici „Sunce“. Ponekad ima povišeni krvni tlak i tada prema preporuci liječnika popije 1 tabletu Nifedipina. Snaha joj kontrolira krvni tlak svaki dan ujutro. Alergije negira. Ne konzumira alkohol, niti puši. Sadašnja je bolest nastala padom ispred kuće u novim papučama te navodi „Rekla sam sinu neka ih odmah baci!“ Navodi da je dobro podnijela operativni zahvat.

Kod kuće imala tri obroka dnevno. Zajedno sa snahom priprema domaća jela. Najviše voli žgance, svježi domaći sir i vrhnje. Jede malo kruha. Sada je na neslanoj dijeti i navodi da je zadovoljna bolničkom hranom. Najčešće pije vodu, a za doručak voli popiti bijelu kavu. Dnevno popije oko litru tekućine. Izjavljuje: „Ne želim biti debala, pazim što jedem i godinama održavam svoju težinu.“ Ima umjetno zubalo na koje se dobro navikla.

Ima stolicu jednom dnevno. Kada izostane, popije žlicu maslinovog ulja i ne uzima kruh. Mokrila tri do četiri puta dnevno. Nakon operacije nije imala stolicu četiri dana, dobila Dulkolax čepić i od tada ima stolicu svaki drugi dan. Smatra to normalnim. Izjavljuje „Prihvatila sam „patku“ jer to sada ne može drugačije“.

Kod kuće bila vrlo aktivna. Obavljala kućanske poslove i voli raditi u vrtu, izjavljuje: “Uvijek sam u pokretu, nikada ne sjedim“. Aktivnosti samozbrinjavanja obavljala sama. Kod kuće se tuširala svaki dan navečer u toplijoj vodi. Ne smije hodati i oslanjati se na desnu nogu. Propisano je mirovanje u krevetu. Sjedeći položaj na krevetu zauzima pomoću trapeza, a sjedeći položaj sa spuštenim nogama niz krevet uz pomoć trapeza i druge osobe. Ne smije se oslanjati na desnu nogu. Ne može donijeti hranu i pribor, jede samostalno u sjedećem položaju. Ne može otići do kupaonice ni Wc-a. Može se smostalno oprati u krevetu, a ne može oprati leđa i noge. Umjetno zubalo pere pomoću tablete u otopljenoj čaši vode. Ne može

dohvatiti spavaćicu iz ormarića. Voli se svaki dan presvući. Spavaćice i ručnici složeni u ormariću. Ima svoj pribor za osobnu higijenu.

Ide spavati oko 22 sata. Navodi da joj je dovoljno pet sati sna i voli spavati na dva jastuka. Ujutro se budi odmorna. Ponekad, kada ne može zaspati popije tabletu Praksitena: „Bolje je popiti ponekad tableticu nego se patiti cijelu noć“. Opušta je čitanje i molitva prije spavanja. Sada izjavljuje: “U bolnici ne mogu spavati i budim se jer je u sobi vruće i zagušljivo, a jastuk je pretanak.“

Dobro čuje, naočale koristi samo za čitanje. Nema poteškoća sa pamćenjem. Nakon operacije tri dana bila prisutna bol koja se nakon primjene propisane terapija Analgina smanjila. Kod kuće je pila Analgin tablete kod bolova. Sada navodi da je bol prisutna samo pri pokretanju desne noge.

O sebi kaže: „Inače sam jako optimistična i komunikativna“. Još se opisuje kao radišna i vesela osoba. Voli pomagati drugima. Izjavljuje: „Sada sam zabrinuta kako će ovo proći, hoću li biti nekome teret.“ Pomaže joj to što vidi da je obitelj uz nju. Smiruje ju čitanje i molitva.

Živi u obitelji s najmlađim sinom i snahom i dobro se slažu. Navodi kako snaha vodi brigu o svemu i ne zna što bi bez nje u ovoj situaciji. Tijekom boravka u bolnici djeca je stalno obilaze, čak i kćerka koja živi u Zagrebu. Ne osjeća se usamljeno jer je svaki dan netko od njih u posjetama.

Rodila je osmero djece. Svake dvije godine ide na pregled kod ginekologa.

Prije dvije godine umro joj je unuk. Navodi kako je to bio veliki stres, ali vjera i molitva su joj pomogli da to prihvati i danas kaže : „Isuse, hvala ti i na tome“.

Vjera joj puno pomaže. Smatra da zdrava duša čini i tijelo zdravim. Moli se svaki dan za ozdravljenje. Sada se želi oporaviti što prije kako bi pomogla snahi kada se rodi unuče.

Fizikalni pregled:

Tjelesna visina: 170 cm. Tjelesna masa: 69 kg. Tjelesna temperatura: 36,8 °C (aksilarno). Puls: 60 otk/min, punjenost dobra, ritmičan. Krvni tlak: 130/80 na lijevojoj ruci u ležećem položaju. Disanje: frekvencija16 udisaja u minuti, dubina: normalna. Koža: boja kože i turgor normalni, nema koštanih izbočenja ni svrbeža. Kretanje 4, premještanje 3, stajanje 3, sjedenje 3 promjena položaja 2 , hranjenje 2, higijena 2, oblačenje 2, eliminacija 3. Prije hospitalizacije sve navedene aktivnosti 0. Bolesnica je orijentirana u vremenu i prostoru

Procjena ponašanja

Prema upitniku „skala procjene ponašanja“ (BRS); Clifton: postupci za procjenu starijih osoba (CAPE) Copyright © 1979 A.H. Pattie and C.J. Gilleard & „Hodder and Stoughton“. Licencno izdanje Publikacije na hrvatskom jeziku „Naklade Slap“, Jastrebarsko.

Red. broj	Pitanje	Opis pitanja	Br. vrijed
1.	Kada se kupa ili oblači:	• Ne treba nikakvu pomoć • **Treba ponešto pomoći** • Treba svu moguću pomoć	**0** **1** 2
2.	Pri hodanju	• Ne pokazuje znakove slabosti • Hoda polako bez pomoći, ili koristi štap • **Ne može hodati, ili može samo uz hodalicu, štake ili nekoga uza se**	0 1 **2**
3.	Ne može kontrolirati urin i/ili fekalije (danju ili noć)	• **Uvijek može kontrolirati** • Katkada (jednom ili dvaput tjedno) • Često (tri puta tjedno ili češće)	**0** 1 2
4.	Provodi u krevetu cijeli dan (kauč. fotelja ili slično):	• Nikada • Katkad • **Gotovo uvijek**	0 1 **2**
5.	Smeten(a) je (ne može se orijentirati, gubi stvari i slično):	• **Gotovo nikad** • Katkad • Gotovo uvijek	**0** 1 2
6.	Kada je prepušten(a) samom sebi, njegov/njezin izgled (odjeća i/ili kosa):	• Gotovo nikad nije neuredan • **Katkad je neuredan** • Gotovo uvijek je neuredan	**0** **1** 2
Tjelesna aktivnost i sposobnost		**Ukupno:**	**6**
7.	Ako mu/joj se dopusti izlazak:	• Nikad neće trebati nadzor • **Katkad će trebati nadgledanje** • Uvijek će trebati nadgledanje	0 **1** 2
8.	Pomaže u kući/odjelu	• Često • Katkad • **Nikad**	0 1 **2**
9.	Bavi se konstruktivnom ili korisnom aktivnošću (radi, čita, igra igre, ima hobije i slično):	• Gotovo uvijek • **Katkad** • Gotovo nikad	0 **1** 2
10.	Druži se s ostalima	• **Uspostavlja dobre odnose s ostalima** • Ima katkad teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa • Ima velikih teškoća pri uspostavljanju dobrih odnosa	**0** 1 2
11.	Voljan/voljna je učiniti ono što mu/joj se	• **Često surađuje** • Katkad surađuje	**0** 1

Red. broj	Pitanje	Opis pitanja	Br. vrijed
	predloži ili ga/ju zamoli:	• Gotovo nikad ne surađuje	2
Apatija		**Ukupno:**	**4**
12.	Razumije što mu/joj se želi priopćiti (govorom, pisanjem ili gestama)	• **Razumije gotovo sve što mu/joj se priopćava** • Razumije ponešto • Ne razumije gotovo ništa	**0** 1 2
13.	Komunicira na razne načine (govorom, pisanjem ili gestama):	• **Dovoljno dobro da ga/ju se može razumjeti** • Katkad ili s malim teškoćama ga/ju se može razumjeti • Rijetko ili nikad ga/ju se može razumjeti iz bilo kojeg razloga	**0** 1 2
Komunikacija		**Ukupno:**	**0**
14.	Nepodnošljiv(a) je za druge **tijekom dana** (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Katkad • Često	**0** 1 2
15.	Nepodnošljiv(a) je za druge **tijekom noći** (glasno ili neprestano pričanje, sitne krađe, prljanje namještaja, petljanje u tuđe poslove, tumaranje okolo i slično)	• **Rijetko ili nikad** • Katkad • Često	**0** 1 2
16.	Optužuje druge za nanošenje tjelesne boli ili krađu svojih osobnih stvari – ako ste sigurni da su optužbe istinite, zaokružite 2, inače 0 ili 1:	• **Nikada** • Katkad • Često	**0** 1 2
17.	Skuplja očito beznačajne stvari (komadiće papira, žice, ostatke hrane i slično)	• **Nikad** • Katkad • Često	**0** 1 2
18.	Njegov/njezin obrazac spavanja noću je:	• Gotovo nikada nije budan/na • **Katkad je budan/na** • Često je budan/na	0 **1** 2
Socijalni odnosi		**Ukupno:**	**1**
		Sveukupno:	**11**
Označite kvačicom ono što se odnosi na njega/nju			
	Vid	• **Može vidjeti (ili vidjeti s naočalama)** • Djelomično je slijep/a • Potpuno je slijep/a	✓

Red. broj	Pitanje	Opis pitanja	Br. vrijed
	Sluh	• **Nema teškoća sa sluhom, ne nosi slušna pomagala** • Nema teškoća sa sluhom, iako su mu/joj potrebna slušna pomagala • Ima teškoća sa sluhom i one otežavaju komunikaciju • Vrlo je gluh/a	✓

Literatura:

1. Prlić N. Zdravstvena njega. Zagreb: Školska knjiga; 2006.
2. Prlić N, Rogina V, Muk B. Zdravstvena njega 4. Zagreb: Školska knjiga; 2008.
3. Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb: Kastmuler; 1996.
4. Prpić I. Kirurgija. Zagreb: Medicinska knjiga; 1995.
5. Tomek-Roksandić S. i suradnici. Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće /obiteljske medicine u domu za starije osobe. Zagreb: Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo„Dr.Andrija Štampar“; 2011.
6. Pattie A. H, Gilleard C. J. Priručnik za primjenu *Clifton postupaka za procjenu starijih osoba* CAPE. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1996.